

**JOSÉ INÁCIO JARDIM MOTTA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:**

**Da política do consenso à construção do  
dissenso**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista.

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Eliana Claudia de Otero Ribeiro.

**RIO DE JANEIRO**

**1998**

NUTES/ccs

1

A Clodoaldo meu pai, por ter construído a possibilidade da liberdade de olhar e criar, a capacidade de não perder o sentido da solidariedade, do ser único em nossa generacidade.

## **AGRADECIMENTOS**

A Angelina minha mãe, pelo eterno incentivo, por sempre acreditar através do sentimento profundo que tem pelos filhos nos valores pessoais que possuímos. Sua defesa a minhas idéias sempre incondicional, foi e continuará sendo um alento e uma certeza de um porto seguro.

A Reynaldo, amigo e companheiro de sempre, que a todo momento, com tristeza ou alegria me fazia acreditar ser possível a construção do trabalho. As dúvidas os medos e as incertezas sempre foram compartilhadas, e apesar da frase, "eu não entendo do assunto", a todo momento se colocou disponível para escutar minhas palavras e ler meus escritos.

A Tânia Celeste, que desde que começamos a trabalhar juntos nunca duvidou da minha capacidade, ainda que, naquele momento, meu cotidiano estivesse contido na fragilidade dos poetas. Ainda assim, com seu carinho e sabedoria, foi capaz de enxergar a força as vezes escondida, daquele que algumas vezes pretende ser poeta com a vida.

A Nildo e Eliana, meus orientadores, que para além de orientar souberam ser carinhosos como os grandes amigos, sofrendo calados no momento da dor, vibrando nas horas de criação.

A Maria de Fátima Lobato, doce Fafa, que poeticamente soube lidar com os momentos mais difíceis

de minha caminhada, construindo as possibilidades, quando o horizonte parecia não querer surgir.

A Maria Cristina Davini, pelo muito que ensinou. Pela simplicidade de um sábio, que sabe dizer o certo na hora certa da maneira certa.

Ao grupo do Botequim, Lili, Beth e Munira, onde os anseios, descobertas e caminhos eram compartilhados e compreendidos. Onde o coleguismo construiu a amizade.

Ao Chico e Bati, pela paciência de propiciar interlocuções as vezes tão abstratas, mas tão necessárias.

A Adélia e Raimundo amigos de toda hora, sempre dispostos a dar uma palavra de estímulo. Conhecem profundamente o significado da palavra solidariedade.

A Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) que me propiciou o espaço de construção da dissertação.

Ao pessoal da CONCURD, sempre prestativos, facilitando em muito o desenvolvimento do trabalho.

A gestores e funcionários da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, que em todo momento olharam as possibilidades da investigação como um estímulo aos seus trabalhos. Estiveram juntos propiciando a realização do trabalho, acreditando que o conhecimento gerado pudesse iluminar novos caminhos.

Ao corpo docente do NUTES, sempre disposto ao diálogo, construindo interlocuções, procurando dar respostas ao meu desejo por novos conhecimentos. Sempre

afetuosos, souberam lidar com minhas incertezas criando o espaço do possível.

A Dilva e Magdala, secretariando nossa pós-graduação sempre com eficiência, compartilhando nossas angústias, torcendo por nossos caminhos

"Queremos a liberdade pela liberdade e através de cada circunstância particular. E, ao quisermos a liberdade, descobrimos que ela depende inteiramente da liberdade dos outros, e que a liberdade dos outros depende da nossa. Sem dúvida, a liberdade como definição do homem não depende de outrem, mas, uma vez que existe a ligação de um compromisso, sou obrigado a querer ao mesmo tempo a minha liberdade e a liberdade dos outros; só posso tomar a minha liberdade como fim se tomo igualmente a dos outros como um fim."

Jean Paul Sartre

## **RESUMO**

Tomando como pressuposto referencial os processos de educação permanente que estruturam seu eixo de definição e configuração de demandas educativas, a partir do processo de trabalho em saúde, e, levando em consideração que essa definição se faz hegemônica como recomendação política para o setor, o estudo tenta avaliar os principais obstáculos a operacionalização dessa política em um município de gestão semi-plena. Optou-se pelo método qualitativo como sendo aquele capaz de dar voz aos gestores dos processos de educação permanente, bem como aos agentes do trabalho localizados em unidades básicas de saúde. Apesar de um certo consenso construído a partir de documentos oficiais nas três esferas de governo, a compreensão de seu real significado se torna algo confuso na fala dos atores da investigação. O desejo por conhecimento, constantemente afirmado, não é problematizado a partir das necessidades apontadas pelo processo de trabalho, construindo assim um quadro de exterioridade do sujeito com referência a relação educação-trabalho. A organização do trabalho, constrói uma "cultura institucional" ainda fortemente hierarquizada, legitimando espaços de definição e operação de demandas, ao mesmo tempo que dificulta a criação de práticas mais horizontais que aproximem-se das reais necessidades educacionais apontadas pelo processo de trabalho em saúde.

## **ABSTRACT**

This study tries to evaluate the principal difficulties to the implementation of a decentralization administration in a municipality. The study took as its reference the process of continuous education which is the political recommendation for those who work in the health sector. The option was made to use the qualitative method as this was capable of giving voice to the administrators of the continuous education process as well as the agents localized in the basic health unit. Although there is a certain consensus in the official documents of the 3 spheres of the government the comprehension becomes confused in those involved in its investigation. The desire for knowledge, which is constantly affirmed is not perceived as a problem from the necessities demonstrated by the work process. A picture is therefore constructed of the individual exteriority with reference to relation between education and work.. The organization of the work creates an "institutional culture" with a strong hierarchy which makes difficulties for more horizontal channels that approximate the real educational necessities demonstrated by those who work in the health sector.



## INDICE

<b>RESUMO .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>8</b>
<b>1. DO INÍCIO À CONSTRUÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>11</b>
1.1 DA APRESENTAÇÃO .....	11
1.2 DO CONTEXTO .....	18
1.3 DA EDUCAÇÃO PERMANENTE OU CONTINUADA .....	25
1.4 DO PROCESSO DE TRABALHO .....	39
1.5 DO INDAGAR AO INDAGANDO .....	48
<b>2. DEFININDO UM MÉTODO .....</b>	<b>53</b>
2.1 O LUGAR DA INVESTIGAÇÃO .....	53
2.2 OPTANDO POR UM MÉTODO .....	59
2.3 OS ATORES ENVOLVIDOS .....	62
2.4 SOBRE OS INSTRUMENTOS E TÉCNICAS .....	66
2.4.1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	68
2.4.2 GRUPO FOCAL.....	72
2.4.3 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....	75
2.5 DA ANÁLISE .....	77
2.6 DA ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO .....	78
<b>3. TRABALHO EM SAÚDE E CONHECIMENTO: DO INDIVÍDUO AO COLETIVO, DAS NECESSIDADES AOS PROBLEMAS. ....</b>	<b>81</b>
3.1 INTRODUÇÃO .....	81
3.2 TRABALHO EM SAÚDE: O OLHAR CONSTRUÍDO. ....	83
3.2.1 O VALOR DO TRABALHO NO OLHAR DO PROFISSIONAL.....	94
3.2.2 UM OLHAR SOBRE OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO.....	99
3.2.2.1 O OBJETO .....	100
3.2.2.2 OS MEIOS ENQUANTO TECNOLOGIAS MATERIAIS .....	103
3.3 CONHECIMENTO COMO NECESSIDADE: SUA CONSTRUÇÃO NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS. ....	106
3.3.1 O CONHECIMENTO AUSENTE.....	111
3.4 PROBLEMAS DO TRABALHO: A VISÃO DOS AGENTES .....	118
<b>4. EDUCAÇÃO E TRABALHO: A LÓGICA DA (DES) CONSTRUÇÃO.....</b>	<b>125</b>
4.1 INTRODUÇÃO .....	125
4.2 PROBLEMAS DO TRABALHO × PROCESSOS EDUCATIVOS: UMA EQUAÇÃO (DES) IGUAL? .....	126
4.3 PRÁTICAS EDUCATIVAS: CONSTRUINDO NOVAS E VELHAS DEMANDAS.....	134
4.3.1 DO SURGIMENTO DAS DEMANDAS.....	135
4.3.2 DA CONSTRUÇÃO DAS DEMANDAS.....	146

4.4 VALORIZANDO OS PROCESSOS EDUCACIONAIS: O QUE MOBILIZA OS AGENTES? .....	155
4.5 DO NÍVEL CENTRAL AO NÍVEL LOCAL: ADEQUANDO PROPOSTAS	160
<b>5. EDUCAÇÃO PERMANENTE, EDUCAÇÃO CONTINUADA: O EXERCÍCIO DE UMA PERPLEXIDADE .....</b>	<b>173</b>
5.1 INTRODUÇÃO .....	173
5.2 O OLHAR DOS AGENTES .....	175
5.3 O OLHAR DOS GESTORES .....	183
5.4 CRUZANDO OLHARES .....	189
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>198</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>210</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>223</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>226</b>

## **1. DO INÍCIO À CONSTRUÇÃO TEÓRICA**

"Nessa passagem de milênio uma das tarefas intelectuais mais instigantes será a de fundamentar uma concepção e uma prática vinculada à idéia de saúde, Saúde como modo inédito de andar a vida, doença como forma de vida recusada pela vida. Saúde como alegria, gozo estético, prazer, axé(energia), solidariedade, qualidade de vida(e de morte), felicidade, enfim."

**Jairnilson Silva Paim**

### **1.1 DA APRESENTAÇÃO**

Na minha experiência como pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública(ENSP), deparei-me com o desafio de participar da construção de uma proposta de educação permanente para sistemas locais de saúde, que se fundamentava em alguns pressupostos básicos: a educação é um processo contínuo e dinâmico; todo grupo social é educativo; a educação é um processo ordenador do pensamento; o conhecimento se origina das necessidades ou problemas sociais dentro de um projeto histórico; o projeto de educação permanente deve ser participativo no planejamento, execução, acompanhamento e avaliação, bem como deve ser flexível, pois comporta retificações e ajustes no processo.

Imbuídos desses pressupostos, o grupo da ENSP da qual eu participava, formulou uma proposta, tendo como referência de sistemas locais de saúde os

distritos sanitários da cidade de Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul. Um projeto de construção coletiva foi elaborado a partir de referências teóricas que tinham como base um documento redigido por Jairnilson Paim (1992) como fruto de uma oficina promovida pela ENSP, na qual participaram várias instituições de ensino e serviço, estruturando um perfil de participantes, que mediava produção de conhecimento e organização e gestão de serviços de saúde. Apesar de existir um certo consenso quanto à necessidade de iniciativas dessa natureza, o desenvolvimento do projeto apontava, ainda que de uma forma incipiente que, dificuldades de várias matizes e não claramente refletidas se apresentavam em sistemas ainda em construção, como os sistemas locais de saúde.

Do ponto de vista teórico-metodológico, o projeto estava voltado para o desenvolvimento de práticas educacionais que viabilizassem modelos educativos em saúde no nível local. O trabalho é assim categoria central e referência principal dessa proposta, que implicava na formação de agentes inseridos no processo de trabalho. Tratava-se, portanto, de reconhecer o caráter educativo do próprio trabalho, ademais de aproveitar as oportunidades educativas proporcionadas pela organização, pelo desenvolvimento e pela operação dos serviços de saúde, mas alertando para a impropriedade de reduzir a saúde e a educação à lógica exclusiva da produção de serviços.

Assumia-se, também, como características essenciais do projeto que fosse um experimento onde os conflitos presentes nas práticas de saúde se manifestassem plenamente; onde as estratégias pedagógicas pu-

dessem estimular e facilitar a discussão e apropriação de conhecimentos e práticas pelos agentes do trabalho inseridos nas instituições públicas no nível local.

Dessa forma, ao longo do desenvolvimento do projeto, algumas reflexões teóricas se impunham, muitas vezes sem conseguirmos chegar a clarezas que pudessem iluminar os obstáculos que iam se descortinando. Essas reflexões começavam a partir da importância da área de recursos humanos no contexto do novo sistema de saúde, até a construção, no cotidiano dos serviços, das possibilidades concretas de se transformar os processos de educação continuada/permanente em opções de fato inovadoras no sentido do seu potencial mobilizador de pessoal no setor saúde.

Durante a realização da primeira oficina de trabalho pelo projeto, já se podiam observar alguns aspectos que poderiam funcionar como elementos obstaculizadores ao desenvolvimento de projetos dessa natureza, tais como: a desmotivação salarial, condições de trabalho não satisfatórias, ausência de plano de cargos, carreiras e salários, imobilismo profissional, resistência para trabalhar a própria equipe, desresponsabilização coletiva e sujeição às condições externas. Todas as questões apontadas colocavam-se como desafios à área de desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

No contexto da chamada reforma sanitária e, principalmente, após surgirem as principais teses emanadas da VIII Conferência Nacional de Saúde, a área de recursos humanos em saúde(RHS) e, mais especificamente, o sub-setor de desenvolvimento passa a ter crescente

importância na construção de um modelo de sistema de saúde, agora denominado Sistema Único de Saúde(SUS).

A partir da transformação de algumas dessas teses em base jurídico-legal via Constituição de 1988, e, posteriormente, através da Lei Orgânica de Saúde, a área de desenvolvimento de recursos humanos e, dentro desta, especificamente os processos educativos, a nível da graduação das profissões de saúde, e aqueles que incidem sobre a força de trabalho em saúde, passam a ter maior visibilidade, tanto no que concerne à sua importância, bem como à necessidade de novos aportes teóricos, que possam iluminar alguns "nós críticos", que historicamente vêm configurando a área.

A necessidade de um novo modelo assistencial, evidenciada pelo novo sistema que se quer implantar/implementar, transforma a área em valor estratégico desta reorganização. Se pensarmos que as práticas de saúde são acionadas a partir dos seus agentes, qualquer alteração no eixo dessas práticas, passa necessariamente por seus agentes. Sendo assim, os projetos da chamada educação continuada ou/ permanente, que, em última instância, delimitam os processos educacionais no âmbito dos agentes de saúde, são alçados a um novo patamar, na medida em que colocam esses processos educacionais no centro da redefinição das práticas de saúde. Dessa forma, como afirma Paim (1994), a noção de agentes e práticas aponta "simultaneamente para a possibilidade de análises mais concretas do processo de trabalho em saúde". Processo de trabalho este, como veremos posteriormente, estará definindo uma dada opção para as atividades educativas destinadas à força de trabalho em saúde.



Por outro lado, ao falarmos de processos educacionais, imersos enquanto práticas numa instituição caracterizada como *locus* de "educação não formal" de acordo com a classificação proposta por Cury (1995), estaremos lidando com pactos não direcionados explicitamente ao aprender, ao conhecer, mesmo que no interior da própria instituição, se encontre embutida a idéia do ensinar, do desvendar e produzir algum tipo de conhecimento.

A forma como os processos de ensino-aprendizagem se estruturam, que tipo de saberes e conhecimentos serão acionados, será a resultante de uma complexa rede de poderes que se coloca no interior das instituições de saúde, rede esta que em última instância reflete os conflitos existentes no seio da própria sociedade. Neste sentido, Quintana et al. (1994:37) ao refletir sobre a estrutura de poder inerente às instituições, afirma que, apesar de existir um poder compartilhado e disputado abertamente, "há uma parte importante desse poder que se refere ao poder simbólico, derivado da tendência de um determinado conhecimento relevante, no caso o conhecimento médico ." Este fato já começa a dar pistas no sentido de quais são as reais possibilidades dos diversos saberes a serem acionados enquanto necessidades educativas, numa perspectiva de pensar projetos de educação permanente a partir de uma estratégia centrada no processo de trabalho em saúde.

Falar de práticas de educação, assim como falar de práticas de saúde, será sempre o falar a partir de uma dada visão de mundo. O olhar que se dá ao mundo é predominantemente construído por uma racionalidade baseada na técnica e na ciência como demonstra

Santos (1995), assim como nas estruturas da vida cotidiana como aponta Heller (1992). Dessa forma, deve-se distinguir o pensamento do cotidiano do pensamento científico. Um bom exemplo desta distinção é dado em Heller (1992:45), a partir do conceito de "saber". Para a autora, "o que na ciência é apenas opinião pode corretamente considerar-se saber na vida cotidiana, já que é critério da ação, e já que a ação cotidiana comprova o conteúdo correto do juízo em que se baseia aquele saber." O olhar que se tem do mundo está no saber construído pela ciência, assim como no saber disseminado pela vida cotidiana.

Falar de recursos humanos é falar de pessoas, pessoas que estão nas academias, nos serviços de saúde, envoltas pela racionalidade científica, abraçadas pela vida cotidiana. Entender que qualquer transformação para além dos pressupostos teóricos dados pela racionalidade da ciência, passa pelo indivíduo coletivo e singular, indivíduo este, como afirma Heller (1992), que no pensamento do cotidiano, identifica o verdadeiro com o correto. O que revela ser correto, útil, o que oferece ao homem uma base de orientação e de ação no mundo é também "verdadeiro".

Por um lado encontramos, assim, toda uma tecitura de relações de poder institucional, que ajudam a construir ou derrubar uma dada proposta e que, em última instância, configuram um dado modelo hegemônico de política. Faz-se necessário, portanto, entender os parâmetros utilizados por esses atores institucionais na construção desta hegemonia. Por outro lado, encontram-se os sujeitos, receptores de uma dada política, atores que precisam ser compreendidos na forma como constróem



suas percepções, motivações e envolvimento para uma dada proposta. No caso dos projetos de educação permanente, é preciso ter em mente, como adverte Mello apud Paim (1994:66-67), que "o trabalho em saúde, embora opere e module um objeto, esse objeto é parte constitutiva de um sujeito que, por sua vez, opera 'ativa' e 'passivamente' no seu processo de saúde/doença. Isso faz com que o trabalho em saúde seja cooperativo, o que por sua vez, implica numa inter-subjetividade, portanto, em comunicação, em empatia, numa forma particular de compromisso ."

A partir dos anos 80, como aponta Paim (1994), constata-se um esforço para a institucionalização da pesquisa em RHS com apoio da Organização Panamericana de Saúde(OPAS), Ministério da Saúde, Finep, além de outros. Já nos anos 90, o Ministério da Saúde produz um documento(Política de Recursos Humanos para o SUS: Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde, 1995) em que alça à condição de prioridade os seguintes temas de RHS: a) regulação de recursos humanos em saúde; b) gestão do trabalho nos serviços de saúde; c) fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde; d) informação e investigação em Recursos Humanos.

Assim, os estudos relativos à área de recursos humanos em saúde cada vez ganham maior importância pelo reconhecimento de que as profundas transformações pelas quais passa o setor saúde em nosso país, necessariamente passam também por questões relativas à área de RH, quer ao nível de gestão, quer ao nível da formação/capacitação. Neste sentido, tentar desvendar os elementos que facilitam ou obstaculizam uma dada

proposta de Educação Permanente em Saúde, passa a ser de fundamental importância, não só porque indiretamente contribui para a reorganização de modelos assistenciais, mas que de forma direta, (re)coloca os profissionais de saúde como sujeitos do seu processo de ensino-aprendizagem.

## 1.2 DO CONTEXTO

"Quando o desejável era impossível foi entregue a Deus; quando o desejável se tornou possível foi entregue à ciência; hoje que muito do possível é indesejável e algum do impossível é desejável temos que partir ao meio tanto Deus como à ciência."

**Boaventura Souza Santos**

Educação, educar, muito se tem falado, e o uso desses termos vem sendo utilizado de diferentes formas. Do senso comum ao mundo da ciência, educação, ato educativo, valor educativo ou fenômeno educativo seguem diferentes caminhos conforme as características do ator da fala. Fala: ato de se comunicar. Comunicação, ato de reciprocidade pressupondo a existência de pelo menos dois indivíduos. Indivíduos, sujeitos ou objetos da reciprocidade da comunicação.

Se percebemos a educação enquanto algo necessariamente contraditório, ou como afirma Cury (1995), como um saber sempre referido a um fazer e que por sua vez alimenta-se dessa tensão, ela terá tantos conceitos quantas forem as possibilidades de se olhar o mundo, ou pelo fato dela por si só já ser intrínseca-

mente contraditória, será sempre de difícil conceituação.

Sua origem etimológica já contém duas vias opostas. Assim, em latim, temos duas palavras referidas ao fenômeno de EDUCAR: -EDUCARE que significa nutrir e EDUCERE que se traduz em tirar. Conseqüentemente, estes movimentos de entrada e saída são contraditórios, carregados de uma forte ideologia e que sustentam o caráter de opressão e reprodução que perpassa a prática educativa.

Conforme o autor, as teorias da educação são pensadas de diferentes formas. Tomaremos como exemplo Saviani (1986). Este autor retirou da relação educação, sociedade e produção de marginalidade, seu eixo principal de análise. Para este autor, as teorias da educação se subdividem em não críticas e crítico-reprodutivistas. As primeiras concebem o mundo como essencialmente harmônico onde a marginalidade seria um "desvio", e a educação exerceria um papel de equalização social. Uma vez corrigido o "desvio" via educação, esta teria o papel de evitar novos desequilíbrios. As segundas concebem o mundo como dividido em classes definidas a partir do grau de apropriação do capital, onde as classes hegemônicas tentam valer suas idéias sobre as classes menos favorecidas. Nessa teoria, a marginalidade é decorrência da exclusão ou da fragilidade de camadas da população em se apropriar dos ganhos do capital, e a educação serviria à manutenção das idéias dos grupos hegemônicos e conseqüente manutenção de "*status quo*" dos grupos menos favorecidos. Dentre as teorias não críticas destacam-se as chamadas pedagogia tradicional, a escola nova e o tecnicismo. Das crítico-

reprodutivistas destacam-se o ensino enquanto violência simbólica, educação enquanto aparelho ideológico do Estado, e a escola dualista.

Em cada uma dessas correntes está embutida uma dada visão de mundo. A principal crítica às teorias não críticas está no fato de que estas, ao conceberem um mundo essencialmente harmônico, não levam em consideração que o homem e o mundo são produzidos historicamente. Como adverte Cardoso de Melo (1992:5), "o nosso caminho nos leva a tomar a educação como um fenômeno humano, histórico e cultural, processo constituído das relações sociais, através da qual nós somos o que somos - processo de individualização, frutos complexos da vida e da sociedade em que vivemos, processos de socialização. Ao mesmo tempo processo de individualização e socialização". Já as teorias crítico-reprodutivistas avançam na direção de uma visão de mundo onde as desigualdades sociais são produzidas historicamente. A crítica a essas teorias reside no fato de que, ao conceberem a educação como um instrumento de reprodução das idéias das classes hegemônicas acabam por retirar qualquer possibilidade de elaborar mecanismos contra-hegemônicos. Nesse quadro Saviani (1986) nos coloca as seguintes questões: é possível encarar a escola como uma realidade histórica, isto é, suscetível de ser transformada intencionalmente pela ação humana? É possível articular a escola com os interesses dominados? A partir dessas questões é que se coloca a busca por uma teoria crítica da educação.

Para Adorno (1995), mais importante do que traduzir educação num conceito, é pensar para onde ela conduz o sujeito. Nesse sentido, ressalta a importância

da educação na "produção de uma consciência verdadeira", onde a principal idéia é a de pensar um indivíduo emancipado. Contudo, reconhece que emancipação é um conceito demasiado abstrato, além de encontrar-se relacionado a uma dialética que precisa ser inserida no pensamento e também na prática educacional.

Aqui a idéia de educação é centrada no conceito de emancipação, mesmo que ainda abstrata, mas que se configura num dos elementos importantes na construção do paradigma da modernidade. De fato, o que iremos perceber é que as diversas teorias e práticas educacionais, desde as mais estruturalistas até as versões ortodoxas e revisionistas do marxismo, tomam como referência principal os diversos pressupostos que constróem o projeto da modernidade. Contudo, este projeto emite sinais precisos de esgotamento, como veremos a seguir.

O projeto da modernidade apesar de nascer antes do modo de produção capitalista e ter-se tornado dominante a partir do século XIX, passa a ter sua evolução confundida com a história desse modelo. Nesse sentido, o projeto cultural da modernidade, de acordo com Santos (1995), vai assentar-se sob dois pilares: um de regulação e outro de emancipação. Segundo o autor, o pilar da regulação constitui-se de três princípios, o do Estado, o do mercado e o da comunidade. Por sua vez, o pilar da emancipação é constituído por três lógicas de racionalidade: a racionalidade estético-expressiva da arte e da literatura; a racionalidade moral-prática da ética e do direito; e a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica.



Os dois pilares, com suas lógicas e racionalidades, deveriam se organizar e articularem-se de forma equilibrada. Contudo, o que se observa, ao longo do desenvolvimento histórico do modelo capitalista de produção, é que no pilar da regulação, a lógica do mercado se sobrepõe às demais lógicas, enquanto que, no pilar da emancipação, a racionalidade cognitivo-instrumental torna-se hegemônica, subjugando as demais racionalidades. Essa racionalidade tem uma correspondência específica com o princípio do mercado, não só porque nele se condensam as idéias de individualidade e da concorrência, centrais ao desenvolvimento da ciência e da técnica, como também, conforme afirma Santos (1995), já no século XVIII são visíveis os sinais de conversão da ciência numa força produtiva.

Santos (1995:77) nos aponta que a crise da modernidade "é em parte um processo de superação e em parte um processo de obsolescência. É superação na medida em que a modernidade cumpriu alguma de suas promessas em excesso. É obsolescência na medida em que a modernidade está irremediavelmente incapacitada de cumprir outras das suas promessas." Aponta também que, à medida que a trajetória da modernidade se identificou com a trajetória do capitalismo, o pilar da regulação veio a fortalecer-se à custa do pilar da emancipação, num processo histórico não linear e contraditório, com oscilações recorrentes entre um e outro, nos mais diversos campos da vida e sob diferentes formas: entre liberalismo e marxismo, cientificismo e utopismo, modernismo e vanguarda etc.

Esse espaço de crise do paradigma da modernidade, se por um lado traz a possibilidade do imobi-

lismo diante da falta de referências mais concretas, por outro propicia um terreno fértil de críticas e reflexões sobre os alicerces deste paradigma em crise, primeiro passo na construção de novos referenciais.

Nesse sentido, com referência às teorias educacionais, Giroux (1986) aponta a necessidade de se questionar criticamente o papel do marxismo no desenvolvimento de uma teoria crítica da educação, revelando seu "fracasso em produzir um tratamento dialético de subjetividade e de estrutura". Coloca-se assim a urgência de se revisarem seus pressupostos no sentido de reconsiderarem e reformularem como os seres humanos se unem dentro de práticas sociais e contextos históricos específicos para fazer e reproduzir as condições de sua existência.

O citado autor vai mais adiante ao retomar a discussão de ideologia, remetendo-a à produção, interpretação e efetividade de significados, e que, "contém um momento positivo e outro negativo determinados pela possibilidade de distorcer o pensamento reflexivo e a ação". Segundo o autor, "é o momento positivo na dialética da ideologia que tem sido ignorado pelos críticos educacionais", e tenta reintroduzir a dimensão positiva da ideologia no discurso da teorização educacional, buscando inspiração em Gramsci e Aronowitz. A idéia de Giroux (1986) de que a ideologia se torna um instrumento pedagógico crítico quando usada para interrogar a relação entre a cultura escolar dominante e as experiências vivenciadas é fundamental nas possibilidades de se compreender a existência do fenômeno educativo tanto no espaço escolar quanto nos serviços de saúde. Consequentemente, como afirma Saviani (1991:21), "o

trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens .”

Caminhamos, enfim, num espaço de transição, onde as relações sociais são configuradas a partir de pressupostos não claramente (re)conhecidos. Contudo, lidamos com educação enquanto prática social que perpassa todas as outras práticas sociais e possui suas diversas concepções teóricas construídas a partir dos pressupostos da modernidade.

Apesar dessas dificuldades, ao falarmos de educação, temos clareza de que é algo amplo, porém contraditoriamente específico. Falamos da especificidade de um trabalho não material na qual o produto não se separa do ato da produção, onde o ato de produção e consumo se imbricam. Falamos de educação em saúde como um processo que vai muito além das práticas educativas restritas a indivíduos, grupos ou populações. Enquanto processo educacional, é mediação de relações sociais com a totalidade, relações estas que se concretizam nas práticas de saúde.

Assim, para nós, pensar processos educacionais no interior dos serviços de saúde, passa a ser, então, refletir criticamente sobre as práticas de saúde e as relações entre os sujeitos nelas envolvidos. É pensar também a reprodução/transformação dessas relações e práticas sociais, num mundo que passa por transformações profundas, quer pela crise do modelo de racionalidade que até então orientou o desenvolvimento das ciências, quer pelo próprio desenvolvimento tecnológi-



co, que reestrutura as formas de organização do trabalho, nos impondo repensar a relação educação trabalho.

### 1.3 DA EDUCAÇÃO PERMANENTE OU CONTINUADA

"...ai daqueles entre nós educadores que pararem com sua capacidade de sonhar, de inventar a sua coragem de denunciar e anunciar. Ai daqueles que, em lugar de visitar de vez em quando o amanhã, o futuro pelo profundo engajamento com o hoje com o aqui e agora, se atrelem a um passado de exploração e de rotina."

**Paulo Freire**

Os processos relacionados à educação permanente/continuada, suscitaram/suscitam intenso debate em que se confrontam correntes ideológicas opostas a educação de adultos. Alvarez (1989), ao comentar esse intenso debate, situa-o em três dimensões: uma primeira que a considera uma ideologia educativa cuja funcionalidade radicaria no ocultamento dos problemas que determinam as desigualdades de acesso à educação, corrente que no Brasil se expressa principalmente em Gadotti (1991); os que a definem como um processo vinculado ao desenvolvimento econômico e social e reconhecendo o potencial de toda instituição como agência educativa; e, por fim, os que reconhecem um conteúdo humanista, digno de elogio, mas considerando-a abstrata e utópica a tal ponto que se torna incapaz de transcender ao terreno do discurso.

Para Pierre Furter (1974), a educação permanente é uma forma radical de responder pedagogicamente às mudanças profundas que acontecem em nosso mundo. Se tomarmos a idéia de Gramsci (1985) de que as "insti-

tuições sociais " possuem um forte componente pedagógico, pois veiculam as idéias das classes hegemônicas, as idéias de Gadotti e Furter encontram-se num aspecto: a de que o princípio pedagógico proposto para a educação permanente não é neutro ou "desideologizado". Porém, enquanto Gadotti (1991) acredita ser ele um instrumento de defesa de certos interesses visando tornar a classe trabalhadora mais rentável ao capital, um alibi para manter os filhos das classes populares distantes da totalidade da cultura, Furter tem um olhar mais idealista, onde a vida humana se torne um processo permanente de formação.

Apesar de motivadas pela necessidade de educar adultos, há uma enorme confusão na compreensão, e portanto diferenciação de termos como educação continuada, permanente, e mais recentemente formação continuada. À primeira vista parece apenas uma diferença semântica. Contudo, ao procedermos a uma breve revisão bibliográfica, não só encontramos autores que assumem que suas diferenças vão além de uma discussão semântica, como também há aqueles que acreditam ser apenas sinônimas.

A primeira polarização parece se dar entre os termos educação e formação continuadas. Segundo Ricas (1994), "a expressão formação teria um sentido mais amplo no que se refere ao tempo, ao espaço, à direcionalidade e à metodologia. Educação, ao contrário, seria um processo dirigido, consciente, limitado no espaço e no tempo e com predomínio sistematizado de informações e instruções por alguém que já sabe, como principal técnica de ensino ." A mesma autora, contudo, assume que não há homogeneidade em relação à oposição desses

termos. A autora afirma que a polarização maior encontra-se entre os termos educação continuada e educação permanente.

A idéia de se educar permanentemente não é recente. Os filósofos chineses já diziam sete séculos antes de Cristo que "todo estudo é interminável". Contudo, no contexto da educação mais geral, toma força no primeiro quarto deste século na Europa, mais precisamente na Inglaterra onde um relatório do Ministério da Reconstrução falava de uma educação que devia corresponder às necessidades das pessoas durante toda a vida. Porém, foi a UNESCO que levou mais a frente a idéia da educação permanente. Esta organização, a partir de sua Conferência Nacional em 1966, passa a definir a educação permanente não só como um setor prioritário de programação, como tornou esta prática educativa num marco de referência dominante dentro de muitos fóruns internacionais.

Apesar do grande impulso dado pela UNESCO na difusão das propostas de educação permanente, as controvérsias conceituais que hoje se colocam para sua terminologia devem-se possivelmente a suas diferentes matrizes genealógicas. Senão vejamos alguns exemplos: surge como resposta ao rápido processo de industrialização das sociedades modernas, desenvolvimento de tecnologias gerando necessidades de novos conhecimentos; surge também como resposta a insatisfação com o ensino formal; a partir daí ganha adeptos na linha da educação popular, impulsionada principalmente a partir do movimento de maio de 68 na França. Esta diversidade de aglutinações origina uma matriz de origem semântica diversificada.

Apesar de assumir a idéia hoje consensual, de que a educação é um processo contínuo que acompanha e atravessa toda a vida humana, Davini (1995:13-14), afirma que só nas últimas décadas tem-se enfatizado e difundido uma conceituação para educação permanente ou continuada. Segundo a autora, "fenômenos complexos tais como a revolução científica e tecnológica, as transformações na estrutura produtiva das organizações e a crescente participação de distintos setores sociais na vida política e cultural", tem aumentado a necessidade de adultos para: "manipular diferentes fontes de informações no intuito de manter-se atualizado, frente a explosão de conhecimentos e a evolução de múltiplos meios de comunicação; buscar a capacitação contínua para o trabalho em organizações cada vez mais complexas, e muitas vezes optar por uma reconversão profissional; integrar-se a distintos grupos sociais que o permitam comunicar-se e participar nas distintas dimensões da vida social, assumindo sua cota de responsabilidade na transformação das instituições ."

Até meados da década de 70, especificamente no caso da saúde, considerou-se que os objetivos da educação contínua ou continuada, eram manter e estender a competência profissional em qualquer área da prática médica. Pretendia-se assegurar a eficiência do pessoal de saúde através da atualização de seus conhecimentos. Durante este período a educação continuada careceu de uma conotação clara com respeito ao seu impacto no desenvolvimento dos serviços de saúde; os programas correspondiam às necessidades detectadas em grupos profissionais específicos. Esta orientação trouxe, como consequência, programas educativos específicos por ca-

tegorias profissionais, sem coordenação nem elementos comuns com os programas para outras categorias que constituem a equipe de trabalho em saúde. O informe do grupo de consulta sobre os programas de educação continuada para América Latina e Caribe, reunido em Washington 1975 assim se expressou : " a maioria dos programas de educação continuada, respondem às necessidades de grupos profissionais ou a preocupações de ordem acadêmica, não contribuindo para melhorar significativamente os serviços de saúde e, portanto, a satisfazer as necessidades da população e nem se constituem em elementos de redistribuição educativa que permita uma mudança nas relações técnicas ou sociais do trabalho em saúde ". ( Organização Panamericana de Saúde . Educação Contínua . Washington, DC, 1978. Série de Desenvolvimento de Recursos Humanos 29) .

No Brasil, no interior do setor saúde, educação continuada ou permanente sempre estiveram vinculadas às políticas de recursos humanos. Estas, por sua vez, vêm progressivamente ganhando importância como área fundamental no interior das políticas de saúde. Dentro da área de recursos humanos, as diretrizes que se referem ao subsetor de desenvolvimento assumem, paulatinamente, a necessidade de se estabelecerem processos de educação continuada/permanente para profissionais de saúde no interior dos serviços de saúde. Se tomarmos como marco de definição política para o setor, as Conferências de Saúde (instituídas no Brasil em 1937 (lei 378), pelo governo Getúlio Vargas), podemos observar que, ao longo das nove conferências realizadas, o indicativo para a existência desses processos é quase uma constante.



Nas duas primeiras Conferências, realizadas respectivamente em 1941 e 1950, a abordagem de recursos humanos limitou-se a disposições mais gerais relativas à formação de nível superior, centrada na figura do médico, sugerindo que incorporasse em sua graduação a visão sanitarista clássica, que tinha como escopo ideológico as idéias das campanhas sanitárias.

A terceira Conferência, realizada em 1963, traz como um dos temas centrais "A Municipalização dos Serviços de Saúde", antecipando em duas décadas o que viria configurar-se na atual política de saúde. Dentro desse tema, a discussão de recursos humanos se amplia, centrando suas principais recomendações nos seguintes pontos:

- preparo e aproveitamento de pessoal técnico, definido a partir dos programas e projetos estabelecidos;
- problemas de pessoal, focados na dificuldade de fixar o profissional médico nos municípios fora das capitais. Ao reconhecer esta dificuldade, assume que é possível resolver de maneira satisfatória muitos dos problemas com pessoal de menor qualificação, porém bem treinados e reciclados com supervisão médica.

Até este momento, o nome educação continuada ou permanente não é citado pelas conferências, contudo já se podem observar os primeiros sinais do que se constituiria em prática hegemônica para os processos educacionais no interior dos serviços de saúde: processos vinculados ao desenvolvimento de programas especí-

ficos, por categorias ou grupos de categorias específicas.

As conferências da IV a VII foram realizadas num período marcado pelo controle burocrático-autoritário do aparelho de Estado, num contexto sustentado pela ideologia de "segurança nacional", onde a área de recursos humanos passa a ser instrumento decisivo de uma política "desenvolvimentista". Nos anais da IV (1967) e V (1975) Conferências, a referência aos processos educacionais em serviços de saúde aparece apenas como necessidade de atualização de nível médio, apontando a importância do desenvolvimento do trabalho em saúde a partir de "equipes pluriprofissionais".

É durante a VI (1977) Conferência que, pela primeira vez, aparece explicitamente o termo educação continuada. Refere-se à necessidade de educação continuada para a carreira de sanitarista, que teve a sua implantação definida a partir da mesma conferência. Estabelece, também, programas de aperfeiçoamento de nível médio, para execução de tarefas de crescente complexidade.

A VII Conferência, em 1980, teve como objetivo fomentar o debate sobre a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Assim, as atividades de educação continuada relacionavam-se a projetos de extensão de cobertura, principalmente a partir da experiência do PIASS (Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde). Neste sentido, apresentou como proposta básica no campo de recursos humanos: a regionalização e hierarquização dos serviços; reorientação do ensino su-

perior procurando adaptá-lo às realidades regionais; implementação de programas de integração docente-assistencial e educação continuada como instrumento de supervisão de programas.

A VIII (1986) e IX (1992) conferências reconhecem a área de recursos humanos como sendo um dos principais pilares na implantação da proposta de reforma sanitária consagrada na VIII Conferência Nacional de Saúde. Em decorrência, ganha fóruns de discussão específica, realizando-se a I e II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde.

Abordada no interior do temário "Preparação de Recursos Humanos", a importância da educação continuada é expressa pela I Conferência de Recursos Humanos (1986:164), quando assume um conceito e tenta definir modelos e metodologia para estes processos. Sendo assim conceitua educação continuada como "processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários". Complementando, afirma que "deve ser um instrumento de reforço à ação articulada e hierarquizada interinstitucional, podendo, a médio prazo, interferir mais fortemente na graduação universitária." No que se refere a questões metodológicas, emite pressupostos muito abrangentes, recomendando apenas que os programas de educação continuada levem em consideração as peculiaridades regionais, bem como que os conteúdos contemplem questões técnicas para categorias profissionais específicas e questões gerais para as equipes de saúde.



A segunda Conferência, realizada em 1993, veio referendar o que já tinha sido definido pela primeira. Em seu capítulo sobre as políticas de preparação e gestão de recursos humanos, propõe dentre outras, a "criação de estruturas de desenvolvimento de recursos humanos nas Secretárias Estaduais e Municipais de Saúde (p.25) " e "criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional ." Recomenda também "o desenvolvimento de programas de capacitação para os trabalhadores de saúde, dando ênfase às relações interpessoais e à formação de consciência crítica e ética (p.26)."

O que se pode observar é, se por um lado a questão da educação continuada vem assumindo um papel crescente na organização e na própria execução de projetos na área de desenvolvimento de recursos humanos, por outro lado, estes processos educacionais, cada vez mais, configuram-se em propostas isoladas, organizadas em torno de programas específicos de saúde, incidindo sobre categorias profissionais distintas, ainda que cresçam junto a propostas que de fato possibilitem a reorganização do sistema de saúde, como descentralização, regionalização, hierarquização e integralidade de ações.

No setor saúde, segundo Ricas(1994), os termos continuada e permanente, embora não opostos, conferem especificidade ao processo ensino/aprendizagem. O termo permanente, largamente difundido pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde), teria como referência uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo

de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem. Já o termo continuada, segundo a autora citada acima, "englobaria as atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais."

Com relação à educação continuada, Nunes (1993:45) assim se refere: "alternativas educativas, mais centradas no desenvolvimento de grupos de profissionais, seja através de cursos de caráter complementar e mesmo seriado, seja através de publicações específicas de um determinado campo", e complementa " programas com essas características são denominados Programas de Educação Continuada ou Educação Contínua, e são, em geral, oferecidos a profissionais de seu ramo de formação (médicos, enfermeiros), organizados pelas áreas de recursos humanos da rede prestadora de serviços de saúde ou pelas Universidades."

O programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS vem, ao longo das duas últimas décadas, sistematizando propostas de educação permanente que possam ser referências para os Sistemas Locais de Saúde da região. Em fins de 1988, uma comissão de representantes desta organização reuniu-se no México, para avaliar uma proposta que vinha sendo elaborada no biênio 87-88, e que se caracteriza fundamentalmente por fazer da educação dos trabalhadores de saúde um processo permanente em que o trabalho é destacado como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de

transformação. Essa proposta, que toma o processo de trabalho em saúde como o gerador e configurador de processos educacionais em serviços locais de saúde, passa a ser hegemônica na América Latina e Caribe. O documento da OPAS "Proyecto Regional de Educacion Permanente en Salud" de 1990 assim se expressa: "La propuesta destaca el papel del equipo multidisciplinario de salud, el carácter esencialmente social de la acción educativa realizada concretamente en el proceso de trabajo colectivo (p.7)."

O documento acima mencionado aponta três grandes categorias enquanto marco conceitual: a) o processo de trabalho como eixo do processo educativo, como fonte de conhecimento e objeto de transformação; b) mudança de consciência de uma visão restrita à cura, biologicista e individual para uma visão integral do processo de trabalho em serviços, ligado à promoção da saúde; c) participação coletiva

Nunes (1993:47), ao referir-se à proposta sistematizada e difundida pela OPAS, afirma que "as recentes propostas de educação permanente incorporam as discussões de políticas e estratégias do setor, aproximando-se do nível local, o que lhe confere maior capacidade de disseminação do seu discurso pela definição de um conteúdo próprio, e maior poder de intervenção na realidade." Nesse modelo, educar é sinônimo de reconhecer conflitos, interpretar vazios não cobertos pelas ações realizadas, através do processo de trabalho.

Tomar o processo de trabalho em saúde como elemento central para elaboração de um projeto educativo significa privilegiar, num primeiro momento, certas

dimensões objetivas do trabalho que se realiza no campo da saúde. Esta iniciativa, como afirma Paim (1992), não se contrapõe à análise das relações sociais que permeiam tais práticas nem à atenção para com os aspectos simbólicos e com as representações embutidas na interação dos agentes entre si e destes com as organizações/instituições. O enfoque sobre o trabalho deve propiciar uma aproximação com um dado recorte da realidade de saúde, permitindo refletir sobre os modelos operatórios vigentes em distintas conjunturas e situações concretas, enquanto formas possíveis de organização social das práticas de saúde.

Para Haddad et al (1994), há consenso de que o processo de educação permanente é um contínuo de ações de trabalho-aprendizagem que ocorre no espaço do trabalho em saúde, que parte de uma situação existente (geralmente uma situação problema), e dirige-se a superá-la ou transformá-la em uma situação desejada. Contudo, é necessário caracterizar a situação original, analisar e interpretar seus determinantes, e valorizar em tal contexto as inter-relações existentes entre estes e os elementos sociais políticos e econômicos. A caracterização desta situação problema, Haddad denomina de "problematização". Entretanto, deve-se tomar cuidado para não confundir processo de trabalho gerador e configurador de demandas educativas, com problematização. Esta pode até ser discutida dentro das diversas propostas pedagógicas existentes como a opção de escolha, porém sua definição passa necessariamente pela delimitação da situação problema, dada no caso dos projetos de educação permanente, pelas situações apontadas pelo processo de trabalho em saúde.

Ao recuperarmos o pressuposto inicial de que a educação é mediadora das relações sociais ou, como adverte Cury (1995), é a sua ligação com a totalidade a partir das relações sociais, a reflexão sobre os processos de educação permanente em serviços de saúde nos remete à discussão dos elementos constitutivos do chamado fenômeno educativo. Para Cury (1995), o momento propriamente educativo fica mais claro quando descrito em seus elementos dialeticamente complementares e contraditórios, ou seja: as idéias pedagógicas, as instituições pedagógicas, os agentes pedagógicos, o material pedagógico e o ritual pedagógico. As idéias pedagógicas, enquanto concepção de mundo de uma classe dominante, se utilizariam de instituições pedagógicas (como instituições culturais), a serviço das ideologias que as veiculam através de instrumentos de difusão entre os quais os agentes, materiais e rituais pedagógicos.

Em nosso caso, as instituições pedagógicas onde a educação se processa são os serviços de saúde. Os agentes dessa educação são os profissionais de saúde e a população atendida. O "conteúdo" dessa educação é dado pelas idéias, representações, imagens, significados, o mundo simbólico em que os agentes produzem e reproduzem as suas concepções de homem e de mundo, de saúde e doença, de normal e patológico, representações de sua prática, bem como os conflitos, as formas de seu enfrentamento e de sua superação ou aceitação.

Se assumirmos que a prática hegemônica nos serviços de saúde constitui-se de programas educacionais verticalizados, distantes de uma visão mais integral das ações de saúde, o espaço de planejamento e operacionalização dos projetos de educação permanente



em serviços de saúde, ou seja, a instituição pedagógica, pode ser um dos elementos definidores das possibilidades contra-hegemônicas desses projetos. Segundo Cury (1995:104), "o que conta não é tanto a importância atribuída a uma instituição, mas o grau de elaboração de um pensamento político que ela veicula". E continua, "é captar nela quem a patrocina e o grau de eficácia pelo qual ela se torna instrumento de obstaculização e facilitação da transformação social."

Por outro lado, como afirma Rovere (1993a:490, 1994:65): "dado que se realizan, por definición, en instituciones, estas intervenciones operan sobre estructuras establecidas de poder formal e informal...En definitiva, actúan sobre um entramado de relaciones de poder expresado y reforzado por una cultura organizacional." Nesse sentido, a diversidade de poderes que configuram espaços hegemônicos e contra-hegemônicos cria terrenos facilitadores ou obstaculizadores às idéias/propostas para formação /capacitação de Recursos Humanos, oriundas de fóruns como Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos.

Assim sendo, ao analisarmos as possibilidades de uma dada opção teórico-metodológica de educação permanente, torna-se de extrema importância refletir sobre a instituição pedagógica, palco de tais experimentos e suas relações com os demais elementos constitutivos do fenômeno educativo, percebendo as relações de poder inerentes a esses elementos, bem como os caminhos que tornam um determinado pensamento ou idéia hegemônica numa dada instituição, ou seja, a criação da chamada "cultura institucional".

Como a educação permanente pode ser compreendida como uma atividade de natureza cultural, Rovere (1994) afirma que, necessariamente, ela operará com três fatores: um fator "pro cultural", reforçando a cultura hegemônica; um "subcultural", abrindo um espaço verdadeiro dentro da cultura dominante; e por fim um fator "contracultural", enfrentando-se esta última. Em todos os casos, trata-se de uma intervenção que acumula ou desacumula conhecimentos, legitimam uns saberes e deslegitimam outros, tornando-a uma intervenção não só técnica mas também política.

Por fim, a OPAS, a partir da reunião de 1988, vem refletindo sobre as experiências desenvolvidas em distintos países. Estas reflexões vêm apontando para a necessidade de uma melhor compreensão do processo de trabalho em saúde, bem como de uma melhor utilização de enfoques estratégicos de planejamento e tomada de decisões. A partir dessas primeiras indagações, pode-se pensar de que forma os processos educacionais, que tomam como eixo metodológico principal o processo de trabalho em saúde, podem ser um elemento importante na redefinição de modelos assistenciais e, conseqüentemente, na reorganização dos serviços de saúde.

#### **1.4 DO PROCESSO DE TRABALHO**

"A alma nasce velha, mas rejuvenesce. Esta é a comédia da vida. O corpo nasce jovem e envelhece. Esta é a tragédia da vida."

**Oscar Wilde**

"O que caracteriza o mundo do trabalho no fim do século XX, quando se anuncia o século XXI, é que

este tornou-se realmente global." As palavras de Ianni (1994:2), refletem, de fato, algumas grandes transformações que vêm ocorrendo no espaço da cultura e do trabalho. Com relação a este último, a transição de um modelo fordista de organização para um novo modelo denominado de toyotismo, acoplado à dinamização do mercado mundial, amplamente favorecidas pelas tecnologias eletrônicas, coloca novas formas e novos significados ao trabalho. Segundo Deluiz (1994:15), "as novas tecnologias, utilizadas como alternativas para superação da crise capitalista em nível internacional, e que alguns autores denominam de fase do capitalismo desorganizado, vêm desde a década de setenta, atingindo, com abrangência inédita, todo o sistema produtivo, afetando os processos de produção e de trabalho." Admitir a globalidade dos processos econômicos significa pensar que o processo de trabalho e a produção passaram a estar subjugados aos movimentos do capital em todo o mundo.

O modelo Taylorista de organização constituiu-se nas palavras de Do Carmo (1992:42) numa "ideologia produtivista, realçada como um método científico de organização do trabalho. Ao conceber o estatuto de ciência à sua técnica, confere-lhe o prestígio de um saber desinteressado, objetivo e neutro, dissimulando assim, uma concepção de trabalho nela revestida." Aqui, o que está em jogo é a racionalização da produção a fim de possibilitar o aumento de produtividade, em menor tempo, e a um custo mínimo. Assim sendo, algumas características se sobressaem neste modelo, como: produção em série e padronizada, não exigência de qualificação da mão de obra, grande distância entre concepção e exe-



cução, intervenção mínima do indivíduo no processo de trabalho e organização fortemente hierarquizada.

Já a configuração de um trabalho mais automatizado, em que, nas palavras de Ianni (1994), "a máquina se vigia e se regula a si mesma"; ao invés de desaparecer com o homem da fábrica, faz com que este passe a exercer funções muito mais abstratas e intelectuais. Assim, novas convergências surgem entre a concepção, a manutenção e uma produção material que cada vez menos implica trabalho manual e exige cada vez mais, em troca, a manipulação simbólica. Para diversos autores, o que define de fato esta "nova ordem" são os processos denominados de "flexibilidade produtiva", que se expressam, fundamentalmente, sob a forma de descentralização e horizontalização da produção, diferenciação de produtos e integração de tarefas, valorização das opiniões vindas do trabalhador, novos tipos de contrato de trabalho e terceirização.

No setor saúde, segundo Rovere (1993b) o modelo organizacional clássico fordista e taylorista continua sendo prevalente. Neste modelo, os serviços de saúde caracterizam-se por múltiplos estratos de baixa ou nula movimentação vertical. O trabalhador objeto, fator de produção, oferece seu trabalho em troca de um complexo sistema de salários e não é considerado sujeito deste processo de trabalho. Nesse sentido é que Rovere afirma que as estratégias de mudanças institucionais por décadas têm se concentrado na estratégia Fayoliana de "capacitar as cabeças gerenciais", considerados os únicos sujeitos do processo produtivo. Aqui podemos apresentar a primeira especificidade do trabalho em saúde: a natureza do processo de trabalho que se

dá no interior dos serviços de saúde é predominantemente intelectual, o que difere das outras modalidades de trabalho. Talvez existam poucas organizações com tarefas tão complexas na linha de produção, ou como questiona Rovere (1993b:54), "que outras organizações possuem profissionais universitários na linha de produção?"

Com relação à especificidade do trabalho em saúde, é preciso compreender melhor os elementos que constituem este trabalho para uma melhor compreensão das diferentes formas que assumem as práticas de saúde consubstanciadas em ações de saúde, bem como o que torna sua reflexão diferenciada dos demais processos de trabalho. Além disso, eleger a categoria processo de trabalho como eixo principal na escolha de estratégias de educação permanente traz a necessidade de analisar os elementos deste trabalho, ou seja: o objeto do trabalho, os meios de trabalho e o trabalho propriamente dito enquanto expressão da atividade humana.

### O Objeto

Uma primeira reflexão sobre o objeto do trabalho em saúde nos leva a identificá-lo enquanto o corpo humano, o que por si só já mostra diferenças em relação ao produto de diferentes tipos de processos de trabalho. Aqui, estamos lidando com a cura ou morte que tem como cenário não a fábrica de produção de carros ou sapatos, mas sim o corpo humano. Contudo, este corpo pode ser visto e refletido de diferentes formas. Desde uma visão apenas anatômica e fisiológica, até como corpo social produzido historicamente. Passando por estes dois extremos, outros olhares podem ser encontrados. Todavia, se faz necessário entender, como se constroem

as visões hegemônicas sobre este corpo, objeto do trabalho em saúde, palco das intervenções que se caracterizam enquanto ações de saúde e que por sua vez é objeto das práticas educativas nos serviço de saúde.

Uma visão do corpo enquanto dimensão anátomo-fisiológica é construída de forma hegemônica, junto à própria construção do modelo biomédico. Este, ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, e ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se com o fenômeno da cura.

Por outro lado, o desenvolvimento prioritário do pilar da regulação acoplado à normalização excessiva da racionalidade cognitiva-instrumental, da qual falamos anteriormente, produz um excesso de controle social com que a modernidade domestica os corpos. Foucault, citado por Santos (1995:235), denuncia que este poder disciplinar sobre corpos e populações visa "maximizar sua utilidade social e a reduzir, ao mais baixo custo, o seu potencial político".

Um dos elementos que nutriram a constituição hegemônica da racionalidade cognitivo-instrumental foi o próprio desenvolvimento do modelo biomédico. A resultante disso, segundo Capra (1982:116), "é o corpo humano sendo considerado uma máquina que pode ser analisado em termos de suas peças". O mesmo autor é contundente ao afirmar que "tres séculos depois de Descartes, a medicina ainda se baseia nas noções de corpo como máquina, da doença como consequência de uma avaria na máquina, e a tarefa do médico como conserto dessa máquina".

Em oposição ao modelo biomédico, a saúde pública recupera a noção de corpo a partir de sua história e das relações que ele constitui com o meio ambiente. Desta forma, Donnangelo (1976:24-25) nos adverte que, "é no conjunto complexo de relações que mantém com elementos externos a ele que o corpo se elabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquirem no plano da existência material e social." Sendo este corpo investido socialmente de valor, a intervenção das práticas de saúde sobre uma população não pode desconhecer os diferentes valores atribuídos à vida humana dentro da estrutura histórica de produção. Portanto, segundo Donnangelo (1976:27), "a compreensão do modo pela qual a sociedade toma seus corpos, os quantifica e lhes atribui significado cultural, político e econômico, é indispensável para explicar as formas assumidas pela prática médica." Neste sentido, a fisiologia e a patologia, como suportes da clínica, podem representar teorias do normal e do patológico, mas não constituem uma teoria de necessidades, já que os "problemas de saúde", em vez de naturais são históricos e socialmente definidos.

Porém, tanto a construção hegemônica do corpo a partir do modelo biomédico, quanto seu olhar coletivo construído pela saúde pública, acabam não mediando a possibilidade de, ao pensar o corpo investido socialmente, também resgatar nele sua singularidade que o faz único apesar de coletivo. Todavia, como pensá-lo, numa sociedade que assiste a revalorização do indivíduo, do micro em detrimento do macro, e em que, ao mesmo tempo, este mesmo indivíduo parece hoje menos indi-

vidual do que nunca, com um corpo produzido historicamente dentro de uma totalidade social, mas que também recupera seu caráter intersubjetivo e singular? Ou como pergunta Santos (1995:21), "Como fazer vingar a preocupação tradicional da sociologia com a participação e a criatividade sociais numa situação em que toda a espontaneidade do minuto um se transforma no minuto dois, em artefato mediático ou mercantil de si mesma?"

Independente da opção que se toma para visualizar o corpo objeto do trabalho em saúde, deve-se ter sempre claro de que, ao longo da história, o corpo sempre foi palco de lutas que, em última instância, visavam e visam a uma certa "domesticação de corpos"; corpo que se manipula, se treina, se modela, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam. Com respeito a essa docilidade, Foucault (1977:126) já dizia: "é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. (...) Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações". Enfim, não se pode esquecer que, sendo o corpo o objeto do trabalho em saúde, independente dos diversos olhares que se possa ter sobre ele, é fato que, no coletivo social, há sempre a possibilidade de se usar o corpo como espaço de exercício do poder.

### Os meios de trabalho

Para aproximar-se deste objeto do trabalho em saúde, manipulá-lo e/ou transformá-lo, requer-se a utilização de um conjunto de meios de trabalho. Estes meios podem ser entendidos como tecnologias não materi-



ais e materiais. Tecnologia aqui entendida num sentido mais amplo como o percebido por Mendes-Gonçalves (1979:51): "algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais" Assim, as tecnologias não materiais seriam os diversos saberes utilizados para intervir sobre o corpo objeto do trabalho em saúde, enquanto as tecnologias materiais compreenderiam as técnicas de ação, os instrumentos e equipamentos. De acordo com Paim (1993:204), "através desses meios de trabalho, o cuidado é prestado ao tempo em que o capital se realiza mediante o consumo de mercadorias produzidas no aparelho industrial e de saberes e técnicas que contribuem direta ou indiretamente para sua reprodução". O autor afirma que a propriedade e a posse desses meios de trabalho estatal ou privado definem a cobertura e a abrangência das práticas de saúde por referência às diversas categorias e classe sociais.

A construção do modelo biomédico hegemônico, que faz do objeto das práticas de saúde o corpo dimensionado na anatomia e fisiologia define, ao mesmo tempo, que tipo de saberes deverão ser apreendidos para intervir neste corpo. Nesse caso, se os problemas de saúde são vistos como problemas de partes de um corpo, o saber legitimado e definidor da intervenção será o da clínica, sendo os demais saberes secundários. Contudo, se a visão de corpo aproxima-se de sua percepção como construção social historicamente definida, onde os problemas de saúde são definidos enquanto necessidades sociais de saúde, os saberes da epidemiologia, das ciências sociais e da antropologia passam a direcionar os demais saberes, incluída a clínica.



Dependendo de como se percebe o corpo, definidor por sua vez de que saber deve incidir sobre o mesmo, constroem-se as possibilidades da utilização e acesso de equipamentos e procedimentos. Deve-se ter claro, como adverte Paim (1993), que as tecnologias empregadas no âmbito dos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento das doenças, ainda que eventualmente eficazes no plano individual (modelo clínico), poderiam ser de baixa efetividade no que concerne às doenças na população.

Assim, os meios de trabalho servem para encaminhar uma aproximação ao objeto e à sua transformação. De acordo com Mendes-Gonçalves, citado por Paim (1993:205), "as características do objeto de um lado, a finalidade do trabalho de outro, determinam as características desses meios de aproximação e de transformação", além disso acrescenta que "toda historicidade verificada no objeto e na finalidade deve ser reencontrada nos meios de trabalho".

### O trabalho

A análise das atividades humanas envolvidas nas práticas de saúde, o trabalho e suas subdivisões podem ajudar na compreensão do processo de qualificação/desqualificação dos agentes dessas práticas. A consulta médica, vacinação, exames complementares, atendimento odontológico etc representam atividades que se modificam pelo desenvolvimento dos meios de trabalho. Esses meios incorporam valores e objetivos socialmente definidos e modificam a própria natureza do trabalho em saúde.

## 1.5 DO INDAGAR AO INDAGANDO

Se, por um lado, vivemos um período do modo capitalista de produção, denominado por Offe (1994) de "capitalismo desorganizado", onde o paradigma da modernidade entra em crise, isto não implicou a substituição imediata de paradigmas; pelo contrário, passamos por um momento em que alguns autores acreditam que ainda é possível recompor os espaços onde o paradigma da modernidade não se concretizou. Todavia, uma boa parte dos mesmos acreditam que já há suficientes características para se configurar um outro espaço denominado por muitos de pós-modernidade.

Dentro desse lugar pós-moderno, lidamos com algumas características, que vêm marcando os espaços do cotidiano tanto na vida privada quanto nos espaços do trabalho. Globalização com referência a economias transnacionalizadas, e mundialização com relação à cultura que rompe fronteiras, se desterritorializa, ambas mediadas pelas idéias de sociedade informática ou aldeia global, reconfiguram as formas de organização da vida humana e conseqüentemente seus processos de trabalho.

Ao mesmo tempo, o trabalho, enquanto categoria fundamental e definidora das relações sociais, começa a ser questionado. Autores como Offe (1989), à luz das transformações na organização do trabalho, dos efeitos da introdução das novas tecnologias, da crise do Estado de Bem-Estar Social indagam: o trabalho é ainda uma categoria fundamental que explica a estrutura e o desenvolvimento social? Para essa corrente, segundo Deluiz (1994), o espaço onde se observam a participa-

ção, a solidariedade e a comunicação entre as pessoas não é mais o espaço do trabalho nem o *locus* da fábrica ou da empresa.

É dentro de um mundo ancorado nesta realidade que encontramos, alavancados à condição de proposta hegemônica, os processos de educação permanente que propõem como eixo fundamental de definição o processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, em que medida os processos de globalização e mundialização, acoplados à chamada revolução tecnológica, ao reconfigurarem as formas de organização do trabalho, o fazem no interior do processo de trabalho em saúde? A especificidade do trabalho em saúde funciona como elemento facilitador ou dificultador dessas novas configurações na organização do trabalho?

Ao mesmo tempo, no Brasil, as conferências de recursos humanos para saúde alçam os processos de educação permanente à condição de elemento importante para reorganização da área de desenvolvimento de recursos humanos. Estes, ao optarem pelo processo de trabalho em saúde como variável metodológica principal, poderiam contribuir para a reorganização do modelo assistencial e o alcance de princípios como integralidade de ações.

Entretanto, trabalhar com o processo de trabalho como gerador e configurador de processos educacionais em serviços de saúde não pode ser compreendido apenas dentro de opções pedagógicas diferenciadas. Se assim o for, corre-se o risco de modificar as práticas apenas superficialmente, podendo inclusive reforçar a prática hegemônica de propostas educacionais atrela-

das a programas de saúde, incidindo em categorias profissionais específicas. Na verdade, uma dada opção pedagógica deve ser atrelada à natureza dos problemas que surgem das relações do trabalho que, em última instância, são definidas pela forma como os agentes do trabalho constroem o seu processo de trabalho. Nesse caso, como tomar o processo de trabalho em saúde como variável principal para educação permanente sem reconhecer sua especificidade? Ao se reconhecer esta especificidade, para que os processos de educação permanente de fato se constituam em modelos de redistribuição educativa, e possam ser um fator para reconfigurarem modelos assistenciais em saúde, não seria necessário compreender como os agentes do trabalho constroem/percebem os elementos que constituem o processo de trabalho em saúde? Aqui nos cabe indagar, mesmo reconhecendo a especificidade dos elementos que constituem o processo de trabalho em saúde, como lidar, por exemplo, com as diferentes possibilidades de se olhar o corpo, objeto do trabalho em saúde nas práticas educativas propostas pela educação permanente? Como pensar conteúdos num quadro em que o saber hegemônico é a clínica? Sendo os conteúdos atrelados à clínica, não correm o risco de reforçar modelos de baixa eficácia na resolução dos problemas de saúde?

Em resumo, reconhece-se hoje a enorme importância e as grandes possibilidades que podem vir a ter a educação permanente nos serviços de saúde. Importância por tornar-se peça valiosa na configuração dos pressupostos do SUS, possibilidades no sentido de contribuir para uma efetiva reorganização de modelos assistenciais. Contudo, faltam elementos para pensar como

os processos de educação permanente podem, de fato, ser capazes de reestruturar a natureza e o conteúdo das práticas de saúde. Como, de fato, ao assumir os problemas do trabalho pode-se romper com a estrutura verticalizada das ações educativas em saúde? Como a relação trabalho/educação pode ser vista, de fato, como uma unidade, e não como espaços isolados, onde o trabalho é visto como coisa, tarefa ou função, e a educação surge como um elemento externo ao cotidiano do trabalho, reforçando o caráter de função, de tarefa desse trabalho?

### HIPÓTESES

Na prática dos serviços de saúde não ocorre a vinculação entre os projetos de Educação Permanente e o processo de trabalho em saúde, estando estas práticas mais no âmbito da chamada Educação Continuada.

Os projetos de educação permanente não levam em consideração a percepção que os agentes do trabalho em saúde possuem do seu próprio processo de trabalho.

### OBJETIVO GERAL

Avaliar, no âmbito da Secretária Municipal de Saúde de Niterói, se os projetos de Educação Permanente são planejados e configurados, vinculando-se ao processo de trabalho em saúde. Com isso, pretende-se contribuir para um melhor planejamento estratégico de projetos de Educação Permanente em serviços de saúde e, conseqüentemente, melhoria das práticas educativas em saúde.



### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar, no nível central da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, a partir de que parâmetros são planejados e operacionalizados os programas de Educação Permanente em saúde.
- Detectar a adequação dos programas de educação permanente aos problemas do trabalho, a partir da visão dos agentes do trabalho.
- Verificar a percepção dos agentes do trabalho em relação aos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, confrontando esta percepção com os programas de educação permanente.

## **2. DEFININDO UM MÉTODO**

"Se existe uma coisa de primeiro, é o estado indizível, em termos de ordem ou desordem, anterior à catástrofe: desde os primeiros momentos do universo, desde a nuvem, aparecem as primeiras imposições. O que é único real é a conjunção da ordem e da desordem."

**Edgar Morin**

"A realidade social é um lusco-fusco, mundo de sombras e luzes em que os atores revelam e escondem seus segredos grupais."

**Maria Cecília Minayo**

### **2.1 O LUGAR DA INVESTIGAÇÃO**

Procuraremos, em primeiro lugar, caracterizar o espaço, o *locus* onde este estudo se assentou. Sendo uma proposta que vê como recorte de objeto a relação entre as políticas públicas de educação permanente e o processo de trabalho em saúde, o estudo circunscreveu o setor público como limite maior de sua abrangência. Compreendemos, aqui, o setor público não só como o espaço de desenvolvimento de políticas públicas, mas também a representação estrutural do aparelho de Estado. O Estado, por sua vez, será percebido a partir da visão de Poulantzas (1985), que assume que as contradições de classe estão inseridas na própria estrutura do Estado. Compreender o Estado como a condensação de uma relação de forças entre classes e frações de classes tais como elas se expressam, significa en-

tender o Estado não como um bloco monolítico sem fissura, cuja política se instaura de qualquer maneira, mas sim entender que as contradições constituem o Estado.

A partir da primeira definição do espaço público enquanto campo de investigação, foi preciso definir qual esfera do setor público seria recortada. Optamos por trabalhar com as instâncias municipais de poder, em nosso estudo representadas pelas secretarias municipais de saúde. O município foi definido por ser ele hoje a esfera de poder que, *a priori*, delimita as necessidades de saúde e configura modelos assistenciais, além de gerenciar as ações de saúde.

No que se refere às competências legalmente instituídas aos Municípios, o documento do Ministério da Saúde (Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei) de 1993, assim se pronuncia: "à esfera municipal cabem a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde (p.18)." O artigo 15 inciso IX da Lei Orgânica de Saúde (1990) define que a formulação e implementação da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde é atribuição das três esferas de governo. Contudo, de acordo com a referida lei, cabe especificamente ao município organizar as ações e os serviços de saúde. Como educação permanente refere-se a intervenções educativas definidas a partir do processo de trabalho em saúde, e sendo este regulador/definidor de uma dada ação de saúde, a esfera municipal torna-se espaço

privilegiado de reflexão das possibilidades de projetos públicos de educação permanente em saúde.

Identificada a esfera municipal, foi preciso definir, dentro do estado do Rio de Janeiro, que município seria a base da investigação. Para esta definição, optou-se por critérios formulados na Oficina de Trabalho de Educação Permanente realizada no NUTES/UFRJ em dezembro de 1995. Tal oficina tinha como objetivo a escolha de municípios e a delimitação das bases teórico-metodológicas para a construção de um projeto de educação permanente para os mesmos. Esse processo ocorreria a partir de parcerias entre NUTES/Secretaria Estadual de Saúde/Secretarias Municipais, buscando-se apoio da Organização Pan-americana de Saúde. Os critérios listados foram: a) adesão dos secretários municipais de saúde a projetos de educação permanente em seus municípios; b) perfis de municipalização, dando-se preferência aos municípios que se encontravam em gestão semiplena; c) perspectiva de continuidade administrativa em relação às eleições municipais; d) municípios que vinham apoiando sistematicamente a área de desenvolvimento de recursos humanos. Com base nos critérios acima descritos, a referida oficina definiu como *locus* de futuros projetos os municípios de Niterói e Angra dos Reis. Para nosso estudo, devido às facilidades do ponto de vista da localização geográfica e menores custos, optou-se pelo município de Niterói.

O município de Niterói conta com uma Fundação Municipal de Saúde (FMS) criada em 1989 com intuito de agilizar o processo de municipalização. Segundo seu secretário O'Dwyer (1995), a opção pela Fundação foi

motivada pela necessidade de criar um espaço institucional diferenciado com um certo grau de autonomia, que pudesse não só dar conta das demandas sanitárias, que não eram tradicionais a este nível de governo, como desenvolver infra-estrutura administrativa ágil e nova cultura organizacional de base municipal.

Este município vem acumulando experiências inovadoras no setor saúde há pelo menos duas décadas, inclusive figurando como uma das áreas de demonstração imediata no Plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP em 1982. Esse fato propiciou, inclusive, uma das iniciativas pioneiras de integração de órgãos públicos de saúde, denominada Projeto Niterói e que mais tarde se expande pelo país através das AIS, Ações Integradas de Saúde.

Em 1992, foi realizada a I Conferência Municipal de Saúde, em que um dos principais resultados foi a elaboração das diretrizes para estruturação do Conselho Municipal de Saúde, criado pela Lei Municipal 1085 de julho do mesmo ano. Um ano após, através da Norma Operacional Básica 1/93, atinge a condição de gestão semi-plena.

O município, espelhando-se no modelo cubano, dá início em 1991 ao Projeto Médico de Família. A partir de sua experiência, o Ministério da Saúde expande essa proposta para o restante do país, através do Programa de Saúde da Família.

Segundo o censo demográfico do IBGE de 1991, o município conta com uma população total de 436.155 habitantes, distribuídos numa área de 130Km, o



que corresponde a uma alta densidade demográfica de 3355,8hab/Km. Niterói conta com 32 Unidades Básicas de Saúde, 3 Serviços de Pronto Atendimento, 6 Hospitais (sendo um universitário), totalizando 393 consultórios médicos, 53 odontológicos, 1609 leitos hospitalares, sendo 710 públicos e 889 contratados e conveniados. (Niterói Informações Básicas 1994).

Dentro da perspectiva de se trabalhar com os serviços públicos de saúde do município de Niterói, priorizou-se a investigação junto a Unidades de Cuidados Básicos de Saúde. A opção por unidades básicas vem ancorada por diferentes razões. Sendo o estudo uma primeira aproximação com a problemática da educação permanente sob ponto de vista da relação entre suas políticas e a percepção que os agentes do trabalho possuem do seu processo de trabalho, sua realização, numa unidade de menor complexidade pareceu-nos um caminho mais factível; por outro lado, existe uma base jurídico-legal que coloca a rede de unidades básicas de saúde sob a gestão dos municípios, mesmo os que ainda encontram-se em gestão incipiente. Nesse sentido, o documento do Ministério da Saúde (O desafio de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, 1993:20) afirma: " na situação transicional incipiente as secretarias municipais de saúde passam, a assumir... o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município desencadeando o processo de reorganização do modelo assistencial." Por fim, como as propostas de educação permanente vêm sendo veiculadas como uma das estratégias para o alcance de princípios importantes, como hierarquização e integralidade de ações e, tendo clareza que o caminho para seu alcance passa, pela reorganização de modelos assistenciais, compreen-

de-se que a reorganização desses modelos, necessariamente, deva passar, em seu primeiro momento, pelas unidades básicas de saúde.

A definição das unidades básicas que serviriam de espaços de investigação passou pela definição de critérios, estruturados em conjunto com Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos e a Superintendência de Ações Básicas de Saúde da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. No sentido de manter a coerência entre as propostas de educação permanente e a estratégia de reorganização de modelos assistenciais, que pressupõe o estabelecimento de uma rede de saúde regionalizada e hierarquizada, optou-se por trabalhar com a regional -"Pendotiba e Oceânica", por esta ser a única onde todos os níveis hierárquicos do sistema encontram-se organizados. O município, que antes experimentou a distritalização como proposta de regionalização, atualmente organizou seu modelo a partir do estabelecimento de policlínicas. Nesse caso, as unidades de menor complexidade são as unidades de médico de família, passando pelas unidades básicas de saúde e policlínica comunitária. Esses três tipos de unidades funcionam como porta de entrada para o sistema. A partir deste nível, configura-se um sistema de referência para as policlínicas de especialidades e rede hospitalar.

De acordo com a Superintendência de Ações Básicas de Saúde da FMS, as unidades básicas de saúde, que funcionam como porta de entrada do sistema, (excetuando-se as unidades de médico de família), constituem-se em dois níveis: o primeiro de pequena complexidade inclui as chamadas Unidades Básicas de Saúde, e outro; de média complexidade, com unidades denominadas

Policlínicas Comunitárias. Na regional escolhida, existe uma Policlínica Comunitária e cinco Unidades Básicas de Saúde. Assim, optou-se por trabalhar com uma unidade de média complexidade, no caso a Policlínica Comunitária do Largo da Batalha, e uma unidade de pequena complexidade. A seleção desta última unidade se deu a partir de critérios definidos em conjunto com a Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, tais como: existir, no âmbito de sua cobertura, uma unidade de médico de família; unidades que respondam com maior intensidade as demandas educacionais colocadas pela Divisão e pela Superintendência de Ações Básicas; unidades que, com maior frequência, demandam as instâncias de nível central por processos educacionais; organização do trabalho na unidade mais próximo de um trabalho configurado em equipes de saúde. Neste sentido, a unidade que melhor preencheu esses requisitos foi a Unidade Básica de Saúde de Cantagalo.

## **2.2 OPTANDO POR UM MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa essencialmente qualitativa. A opção pelo estudo qualitativo parte da compreensão de que ele trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis definidoras dos estudos quantitativos. Para Minayo (1994a:10), o método qualitativo é entendido "como aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais." Dessa forma, segundo a

autora, a abordagem qualitativa "aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas"(1994b:22). A subjetividade, neste caso, não é reconhecida como uma impossibilidade de construção científica, mas sim como parte integrante da singularidade do fenômeno social.

Sendo um estudo que se propõe trabalhar no nível das percepções, da construção das representações e da constituição de práticas, levando-se em consideração um dado contexto, coloca-se no interior das propostas qualitativas. Triviños (1987:123), alerta que um estudo qualitativo deve ser construído a partir da necessidade de observar os sujeitos não em situações isoladas, artificiais, senão na perspectiva de um contexto social e coloca ênfase na idéia dos significados latentes do comportamento humano e conclui afirmando que "uma visão da realidade social e cultural vista a partir destes parâmetros, obriga o pesquisador a considerar uma série de estratégias metodológicas, marcadas, fundamentalmente, pela flexibilidade da ação investigativa".

Trabalhamos aqui com a noção de que a realidade é processual; portanto, se é processo, traz no seu centro a noção de historicidade. Como afirma Demo (1987:22): "Realidades históricas não são realidades perenes, fixas, imutáveis. Não são também harmoniosas, equilibradas, sempre funcionais. Pertence ao conceito de processo a idéia de uma sociedade conflitiva e em mutação. Realidades processuais são também sempre inacabadas, fragmentárias, não como defeito mas como con-

dição de existência. É processo o que está sempre e apenas em formação”.

Diante disso, se a realidade é interpretada à base do conceito de processo, consequentemente na interpretação de Demo a ciência também o será e a metodologia estará intimada em sua percepção a conceber um instrumento processual de captação. O citado autor afirma: “a metodologia tradicional fundada na lógica não pode ser exclusiva, não pode ter a pretensão de elaborar um corpo acabado de leis do pensamento (p.22).” Não cabe aqui reabrir a discussão da falsa dicotomia entre quantitativo-qualitativo, até porque, existe uma relação necessária entre mudança quantitativa e a mudança qualitativa; mas sim entender como afirma Triviños (1987), que muitas informações sobre a vida dos povos não podem ser quantificadas e precisam ser interpretadas de forma muito mais ampla que circunscrita ao simples dado objetivo.

Assim, segundo Minayo (1994a), a pesquisa qualitativa torna-se importante para “compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos”, o que se torna extremamente compatível com os objetivos dessa investigação, que pretende compreender como se constroem as representações sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde. Minayo também coloca como uma das motivações importantes da pesquisa qualitativa a “compreensão das relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais”; por conseguinte, aproxima-se da investigação proposta, na medida em que esta pretende estudar a relação entre a definição de demandas educacionais por



determinados atores institucionais e o processo de trabalho vivenciado no interior da instituição. Por fim, Minayo aponta uma terceira motivação para o estudo qualitativo, "o de avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destina". Aqui a proposição vai ao encontro do objetivo geral da pesquisa, que pretende avaliar se os projetos de educação permanente são planejados, configurados e vinculados ao processo de trabalho em saúde.

### **2.3 OS ATORES ENVOLVIDOS**

A definição da população alvo desse estudo, sob o ponto de vista de seu caráter amostral, seguiu as recomendações dadas por Minayo(1994a:102) no que se refere a amplitude da amostra qualitativa. Para a autora "numa busca qualitativa, preocupa-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão...". Assim sendo, o que caracteriza de fato uma amostra qualitativa "é a sua capacidade de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões".

A nossa população de estudo centrou-se em duas dimensões do sistema municipal de saúde: o primeiro numa das pontas do sistema, o nível central, representado pelo grupo gestor da área de desenvolvimento de recursos humanos; o segundo na outra extremidade, o nível local, representado pelas Unidades Básicas de Saúde.

O grupo gestor da área de desenvolvimento de recursos humanos é ligado diretamente à presidência

da Fundação Municipal de Saúde. Corresponde a uma Coordenação Geral de Recursos Humanos, com duas divisões: uma de administração de recursos humanos, e outra de desenvolvimento de recursos humanos. Esta última, por sua vez, é composta por dois serviços a saber: um serviço de educação continuada e outro de formação em saúde. O grupo selecionado a participar da investigação foi constituído por profissionais do Serviço de Educação Continuada, da Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, da Coordenação Geral, perfazendo um total de cinco pessoas. A esse grupo, considerado gestor dos processos educacionais na rede de saúde, foi aplicado a técnica do grupo focal.

Com relação à definição da população pesquisada no interior das Unidades Básicas de Saúde, procurou-se seguir a lógica que baliza os pressupostos teórico-metodológicos para educação permanente. Nesse caso, como a educação permanente toma o processo de trabalho como seu eixo estratégico, propõe indiretamente uma horizontalização dos processos educacionais na rede; conseqüentemente, para que isto ocorra, é preciso que estes processos incidam sobre as equipes de saúde em todo o seu conjunto. Dessa forma, não seria possível, para o nosso estudo, mesmo sendo esse de caráter exploratório, definir por trabalhar com apenas uma das dimensões da equipe de saúde. A opção feita foi abranger o máximo possível as equipes de saúde como um todo. Contudo, também assumimos que os profissionais de nível elementar pouco ou nada vêm participando dos processos educativos nas unidades. Sendo assim, definiu-se pela exclusão desses profissionais, já que a sua inclusão complexificaria o desenho metodológico da investigação,

sem a certeza de grandes contribuições para o tipo de estudo proposto. Com isso, optou-se pelo trabalho com as categorias profissionais de nível superior e médio, que vem sendo com regularidade "objeto" de intervenções educativas nas unidades de saúde.

As equipes que desenvolvem as ações propostas nas Unidades Básicas de Saúde do sistema municipal, e que por isso são consideradas básicas para este nível de complexidade, é constituída, no que se refere aos profissionais de nível superior, por médicos, assistentes sociais, odontólogos e enfermeiras. Com relação ao nível médio, encontramos basicamente três categorias profissionais: auxiliar de enfermagem, técnico em higiene dental e o agente de saúde pública, esta última em progressiva extinção pela FMS.

Retomando a questão da amostra, Minayo (1994a) propõe critérios básicos para a amostragem, dentre os quais ressaltamos os seguintes: 1) definir claramente o grupo social mais relevante, que em nossa investigação refere-se ao grupo gestor da área de desenvolvimento de recursos humanos e os profissionais de nível superior e médio que compõem a equipe de saúde da unidade básica; 2) não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa.

Dessa forma, a amostra qualitativa privilegia os atributos dos sujeitos sociais da investigação. Portanto, o tamanho da amostra é definido a partir do momento em que se percebe a repetição exaustiva das falas, ou nos dizeres de Minayo, "considera-os em números suficientes para permitir uma certa reincidência das informações...(p.102)."

Foram realizadas um total de 17 entrevistas, contemplando tanto os profissionais de nível superior quanto os de nível médio, nas duas unidades estudadas. Desse total, onze entrevistas referiram-se a profissionais de nível superior, e seis corresponderam a profissionais de nível médio. Deve-se ressaltar que, apesar da investigação não ter como objetivo comparar distintas categorias profissionais, o critério amostral foi utilizado em separado para definir o quantitativo de entrevistas realizadas para nível superior e médio. A razão dessa distinção partiu do pressuposto de que a produção da fala é irremediavelmente influenciada pelo contexto histórico e social do ator que a produz. Supõe-se, assim, que o universo de representações, as vivências e percepções de ambas as populações investigadas foram construídas a partir de contextos diferenciados. A partir desse pressuposto, ficaria difícil trabalhar a amostra como um único conjunto.

As entrevistas com os profissionais de nível superior contemplaram todas as categorias componentes da equipe de saúde proposta para uma Unidade Básica de Saúde pela FMS. Nesse sentido, foram entrevistados médicos (especialidades de clínica médica e pediatria), enfermeiros, assistentes sociais e odontólogos. Duas entrevistas fugiram a esta regra, ou seja, foram profissionais que compunham a equipe de saúde, não se enquadravam em nenhuma das categorias acima mencionadas, mas foram considerados como "informantes privilegiados". Para Minayo, seriam "informantes particularmente estratégicos para revelar os segredos do grupo". Já Trivinos (1987) alça a essa condição aqueles indivíduos que dentre outras características, "possuem conhecimen-

to amplo e detalhado das circunstâncias que têm envolvido o foco em análise e capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e o detalhe vital que enriquece a compreensão do mesmo".

No que se refere ao grupo de profissionais de nível médio, trabalhamos com as categorias de auxiliar de enfermagem e técnico de higiene dental, ficando de fora os agentes de saúde pública por ser essa uma categoria em processo de extinção pela FMS. Algumas características que ajudam a compreender o perfil dos entrevistados encontram-se no anexo "A".

## **2.4 SOBRE OS INSTRUMENTOS E TÉCNICAS**

Na elaboração dos instrumentos, foram definidos dois centros na investigação. Para detectar os parâmetros com os quais se constroem políticas públicas de educação permanente a partir da instância gestora dessas políticas, no caso do nosso estudo a Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Niterói, optamos por trabalhar com grupos focais. Para detectar a percepção que os diversos profissionais de saúde, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, têm do seu próprio trabalho, incluídos aí os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, bem como da sua visão dos processos educacionais que incidem em seu espaço de trabalho, optou-se por entrevistas do tipo semi-estruturada.

Como forma complementar, utilizamos a observação participante e alguns documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado



do Rio de Janeiro e Fundação Municipal de Saúde de Niterói para compor a técnica de triangulação. Deve-se ressaltar que esses documentos serviram de referência política, contrastando o dito oficial com o cotidiano das unidades de saúde, espaço de operacionalização dessas políticas.

Com intuito de cercar-se de uma maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do problema estudado, trabalhamos com a triangulação de dados. Para Minayo (1994a:241), os autores que trabalham a metodologia qualitativa propõem a "vigilância interna através da triangulação como prova eficiente de validação". A triangulação, segundo a autora, consiste na "combinação e cruzamento de múltiplos pontos de vista através de múltiplos informantes e múltiplas técnicas de coleta de dados". Para Triviños (1987:144), a técnica de triangulação poderia apresentar-se da seguinte forma esquemática: "Processos e Produtos centrados no Sujeito", o que no nosso estudo refere-se às representações do sujeito e à forma como constroem uma determinada política; "Elementos Produzidos pelo meio do Sujeito", no nosso estudo representado pelos documentos produzidos nas diversas organizações institucionais; "Processos e Produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro organismo social no qual esta inserido o Sujeito", referindo-se aos modos de produção, às forças e relações de produção.

Tendo essa compreensão com relação a triangulação, passaremos neste momento, a descrever as técnicas que foram utilizadas nessa investigação. Porém, antes de fazê-lo, devemos ter em mente o colocado por Minayo (1994a): "a flexibilidade, a capacidade de ob-

servação e de interação com os atores sociais envolvidos na investigação é fundamental". Outro alerta importante dado pela citada autora refere-se aos instrumentos que, na pesquisa qualitativa, costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo.

#### 2.4.1 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que tem o investigador para a coleta de dados. Triviños (1987:146) a conceitua como "aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante". Para Neto (1994:57), "ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada". Ao assumirmos que essa conversa não é despretensiosa e neutra, inserimos como pressuposto básico da investigação que toda resposta a um estímulo dado tem uma significação, e que, além disso, a ausência de resposta é igualmente uma resposta.

Dentro do espectro das pesquisas qualitativas, a fala torna-se elemento fundamental na possibilidade de desvendamento das motivações afetivas, motivações para uma ação, dos comportamentos e até dos juízos de valor. Diante disso, partimos da hipótese de que

cada indivíduo é portador da cultura e das subculturas às quais pertence e que é representativo dela. Portanto, como adverte Michelat (1975:194), "ao se tratar de representação de cultura, sua evolução está diretamente relacionada a um conjunto de processos históricos".

Se tomamos a fala como descortinador de estruturas não captáveis através de entrevistas fechadas tipo questionário, consideramos ao mesmo tempo a fala de um sujeito que é único, porém coletivo, de um sujeito imerso no cotidiano de seu trabalho no qual se geram e reproduzem pensamentos. Falar em pensamentos gerados pelo cotidiano nos leva a atentar para as possibilidades de que esse mesmo cotidiano tem de produzir preconceito, já que é este, segundo Heller (1992) um tipo de pensamento gerado no cotidiano. Para essa autora, a vida cotidiana, caracterizada pelo caráter momentâneo dos efeitos, pela natureza efêmera das motivações, e fixação repetitiva do ritmo e rigidez do modo de vida gera um pensamento cotidiano caracterizado conceitualmente como sendo aquele "fixado na experiência empírica e ao mesmo tempo ultrageneralizador (p.43)", o qual implica também comportamentos. Para a autora, toda ultrageneralização é um juízo provisório de comportamento. "É juízo provisório porque se antecipa à atividade possível e nem sempre encontra confirmação no infinito processo da prática (p.44)." Portanto, Heller considera que o preconceito é um tipo particular de juízo provisório, originário do pensamento cotidiano, pensamento esse que tem como base a vida cotidiana. Assim, é preciso, ao se trabalhar com a fala de indivíduos imersos na vida cotidiana, atentar para essas estruturas que,

ao propiciarem o surgimento de preconceitos, descortinam todo um universo de valores culturais.

Toda entrevista semi-estruturada parte da elaboração de um roteiro que propiciará uma "conversa com finalidades" nos dizeres de Parga Nina, citado por Minayo (1994a). Para Minayo (1994a:121), as qualidades desse roteiro consistem em "enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação". Em nossa investigação, o roteiro foi elaborado a partir de algumas questões que nos colocávamos a partir de nossas hipóteses e objetivos, e que configuravam dois temas que imaginávamos serem capazes de não só estruturar o roteiro, bem como iluminar o tipo de conhecimento que queríamos buscar. Esses dois temas eram: percepção que os agentes do trabalho tinham sobre o seu processo de trabalho, e percepção que esses agentes tinham dos processos educacionais vivenciados por eles em suas unidades.

A partir dessas duas temáticas, começamos a estruturar o roteiro, definindo uma primeira aproximação em que as seguintes indagações eram colocadas: Como os sujeitos do trabalho constroem suas representações sobre o seu processo de trabalho? Como essas representações influenciam na definição/configuração/envolvimento dos profissionais de saúde nos processos educacionais? Como os problemas do trabalho são interpretados enquanto demandas educacionais? Que relações são percebidas entre demandas/ofertas de projetos educacionais e o processo de trabalho em saúde? Há adequação entre os projetos ofertados pelo nível central e a rea-

lidade do trabalho? Qual a visão que os agentes do trabalho possuem de um programa de educação permanente/continuada em serviços de saúde?

Com essas questões/indagações formuladas, o passo seguinte foi aprofundá-las no sentido de aproximá-las do formato de um roteiro sem, contudo, se distanciar do centro das questões que queríamos investigar. Por conseguinte, as indagações acima mencionadas, transformaram-se nos seguintes tópicos de um futuro roteiro:

- Cotidiano dos trabalhos educativos em saúde.
- Importância atribuída pelo profissional ao seu trabalho no conjunto dos trabalhos da unidade.
- Percepção com relação ao objeto do trabalho em saúde.
- Percepção em relação aos meios do trabalho em saúde.
- Relação entre essas percepções e a possibilidade delas gerarem demandas educacionais.
- Relação entre essas percepções e o envolvimento dos profissionais da unidade nos processos educacionais.
- Problemas do trabalho interpretados enquanto demandas educacionais.
- Adequação entre os projetos do nível central e a realidade do trabalho.

Assim, após ultrapassarmos os passos descritos acima, chegamos à primeira versão do roteiro de entrevistas, que foi testado em uma unidade básica de saúde com características semelhantes às unidades escolhidas para a investigação. O teste piloto foi realiza-



do tanto com profissionais de nível médio quanto de nível superior. O teste nos permitiu refletir sobre o instrumento, e introduziu algumas alterações que, ao nosso ver, permitiram uma melhor compreensão por parte do entrevistado sobre o que estava sendo questionado, bem como nos possibilitou uma melhor visualização do campo teórico que estávamos buscando. O roteiro definitivo encontra-se no anexo "B".

Finalizando este tópico com relação à representatividade da fala, iremos buscar, tal como Minayo em Bordieu (1973:180) o conceito de "habitus" significando um sistema de disposições duráveis e transferíveis que integram todas as experiências passadas e funciona a todo momento como matriz de preocupações, apreciações e ações, ou seja, como afirma Bordieu, " todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer na análise da prática social, o efeito de universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros".

#### 2.4.2 GRUPO FOCAL

A técnica do grupo focal foi utilizada com o segundo foco deste trabalho, ou seja, o grupo responsável pela gestão da área de Desenvolvimento de Recursos Humanos da FMS.

Para Minayo (1994a:129), "a discussão de grupo deve ser valorizada como abordagem qualitativa, seja em si mesma seja como técnica complementar, permi-

tindo o aprofundamento qualitativo de questões socializáveis, além de possibilitar a comparação com grupos similares ou distintos”.

Segundo Westphal (1992:118) a escolha dessa técnica vem fundamentada no fato de que “principalmente nas interações múltiplas decorrentes do trabalho grupal”, é possível apreender a dinâmica social das atitudes, opiniões, motivações e problemas relacionados à atividade humana, o que no caso do presente estudo, pareceu-nos bastante motivador, no sentido de perceber essas motivações ou esses problemas no grupo gestor responsável pelos projetos de educação permanente no município. Para a referida autora, uma das vantagens da utilização da técnica é o seu relativo baixo custo, porque permite reunir pessoas que participam da mesma problemática, ao mesmo tempo, e solicitar delas respostas conjuntas a tópicos altamente focalizados. Sua característica de maior flexibilidade ainda tem facilitado a descoberta de fenômenos grupais, tais como conflitos e pontos de estrangulamento.

Para Minayo (1994a:129), o grupo focal “consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população”. Dessa forma, de acordo com o pensamento da referida autora, a técnica se ajustaria de forma adequada aos objetivos do projeto na medida que estaria mediando representações ou percepções de diferentes atores sobre seus processos de trabalho.

O funcionamento de um grupo focal se dá a partir da delimitação da população participante que, segundo Minayo (1994a) é escolhida a partir de um determinado grupo cujas idéias e opiniões são do interesse da pesquisa. O grupo deve funcionar com doze pessoas no máximo não ultrapassando o tempo de 1:30 horas. A partir da escolha dos participantes, deve-se apresentar um tema para o debate, o que deve ocorrer o mais livremente possível, sendo que o entrevistador, agora imbuído do papel de animador, tem a função de estimular as discussões.

Tal como procedemos com a construção do roteiro de entrevista, a escolha do tema a ser apresentado ao grupo de participantes selecionados, ocorreu a partir de questões que fomos nos colocando, e que, na medida do possível, permitiriam-nos uma aproximação com nossas hipóteses e objetivos, bem como nos propiciariam informações que pudéssemos comparar com os dados que surgiriam das entrevistas nas Unidades Básicas de Saúde. Sendo assim, o primeiro passo dado no caminho dessa construção foi pensar e articular questões que propiciassem tal aproximação. Um primeiro roteiro foi construído da seguinte forma: 1) a partir de que referências se constroem os projetos de educação permanente? 2) Como são interpretadas as demandas educacionais oriundas das unidades básicas de saúde? 3) Como os problemas do trabalho são interpretados enquanto demandas educacionais? 4) O que é um programa de educação continuada/permanente em saúde?

A partir das questões acima colocadas, e após algumas discussões realizadas, chegou-se ao seguinte tema para o debate no grupo focal: " A constru-

ção de uma política municipal de educação continuada/permanente e suas relações com o processo de trabalho: parâmetros para a construção de uma política. No sentido de orientar o animador do grupo, o seguinte roteiro de auxílio foi construído:

- A partir de que referências se constroem os projetos de educação permanente?
- Como são interpretadas as demandas educacionais oriundas das unidades?.
- Como os problemas gerados pelo trabalho são interpretadas enquanto demandas educacionais?
- Quais são, para vocês, as principais dificuldades para elaboração/implantação/implementação de um projeto de educação permanente?
- Qual a sua visão do cotidiano dos processos educativos nas unidades de saúde?
- O que é para você um programa de educação permanente em saúde?

#### 2.4.3 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Oriunda dos estudos etnográficos da antropologia, a observação participante chega a ser vista por alguns autores como mais do que uma estratégia de investigação, e sim como um método em si. De qualquer forma é preciso considerar a observação participante, como diz Minayo (1994a) "como um processo que é construído duplamente pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos". Para Neto (1994:59-60) a importância dessa técnica reside no fato de "podermos captar uma

variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que são observados diretamente na própria realidade, e transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real".

Em nosso estudo, ela foi utilizada como técnica complementar para a obtenção de dados, onde o observador colocou-se na posição de "observador como participante", a partir da classificação de Gold citado por Minayo (1994a:142). Na referida classificação, a inserção do pesquisador em campo está relacionada às diferentes situações de observação participante por ele desejada. Essas diferentes situações propostas por Gold vão desde o participante total num dos pólos, até a situação de observador total no outro pólo. A situação de "observador como participante", escolhida por nós, é empregada frequentemente como forma complementar ao uso das entrevistas e caracteriza-se como uma "observação quase formal, em curto espaço de tempo e suas limitações advêm desse contato bastante superficial".

Durante todos os contatos feitos junto à Fundação Municipal de Saúde de Niterói no sentido de viabilizar o trabalho de campo, bem como no decorrer do trabalho de campo propriamente dito, foi utilizado um "diário de campo", onde foram registradas as situações observadas no processo de trabalho, bem como e, principalmente, as reflexões do observador com referência aos atores sociais e suas manifestações verbais, ações e atitudes, durante a realização das outras técnicas utilizadas pelo estudo.



## 2.5 DA ANÁLISE

A proposta de análise de dados foi pautada na alternativa proposta por Minayo (1994a) em seu livro "O Desafio do Conhecimento", denominada de "Hermenêutica-dialética". Para a autora, a hermenêutica se apóia na reflexão histórica que concebe o intérprete e seu objeto como momentos do mesmo contexto. Esse contexto objetivo se apresenta como tradição, entendida aqui como uma linguagem transmitida na qual vivemos. Para Corvino (1996:38), "a abordagem interpretativa, em uma cultura verbal como a brasileira, acentua a importância de um aporte hermenêutico". No que se refere à dialética, do ponto de vista histórico, segundo Minayo (1994a:232), "a postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais sempre com resultados e efeitos da atividade criadora tanto imediata quanto institucionalizada. Portanto, toma como centro da análise a prática social, a ação humana e a considera como resultado de condições anteriores, exteriores mas também como práxis. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas transforma o mundo sobre as condições dadas". Assim sendo, a hermenêutica dialética coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida. Ou seja, a união entre hermenêutica e dialética para Minayo (1994a:227), "leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social e processo de conhecimento ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico."

Para Gomes (1993:77), no método hermenêutico-dialético "a fala do atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala, e como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala".

Imbuídos dessas concepções teóricas sobre o método, trabalhamos a partir de dois grupos de categorias: as de análise e as empíricas, sendo as primeiras caracterizadas como as grandes questões teóricas com as quais fomos ao campo e as demais como aquelas retiradas do material de campo.

Tendo como base a relação que se estabelece entre os dois tipos de categorias apresentadas, destacam-se dois níveis de interpretação: um primeiro como sendo, nos dizeres de Gomes (1993), relativo às "determinações fundamentais", ou seja, à conjuntura social econômica e política da qual faz parte o grupo a ser estudado. O segundo nível de interpretação baseia-se no encontro com os fatos surgidos na investigação. Dessa forma, para o citado autor, "a análise final procura estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (p.77)."

## **2.6 DA ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO**

Nas etapas seguintes, desenvolvemos a análise dos dados obtidos no trabalho de campo. A partir

das categorias empíricas construídas, a análise e discussão dos dados foi subdividida em três momentos, onde tentamos explicitar as reflexões que tiveram início na formulação das categorias de análise.

Inicialmente nos debruçamos sobre o trabalho em saúde, tentando desnudar suas intencionalidades, o olhar que se tem sobre os elementos que o constituem e suas implicações quanto às possibilidades de estarem gerando necessidades por novos conhecimentos, sempre tendo como parâmetro a fala de seus agentes, quer a nível de gestão, quer a nível das unidades de saúde. Essa discussão está contida no capítulo três.

Ao longo do capítulo quatro, sempre a partir das diversas falas, procuramos caracterizar as necessidades educativas, como são concebidas e operacionalizadas; o valor que os agentes do trabalho atribuem aos processos educacionais no interior dos serviços de saúde, bem como a relação entre quem propõe, o que é proposto e sua adequação ao cotidiano dos trabalhos nas unidades básicas de saúde.

No capítulo cinco, nos detivemos sobre as concepções, os conceitos e as diversas possibilidades de operacionalização dos projetos de educação permanente, assim como suas implicações e possibilidades enquanto política, recomendada a partir dos grandes fóruns de discussão das políticas de saúde no país.

Por fim, no capítulo seis trabalhamos as considerações finais, numa costura das principais questões encontradas na análise e discussão dos dados. A partir destas questões, tentamos explicitar algumas li-

### **3. TRABALHO EM SAÚDE E CONHECIMENTO: DO INDIVÍDUO AO COLETIVO, DAS NECESSIDADES AOS PROBLEMAS.**

"alguma coisa está fora de ordem da  
nova ordem mundial"

**Caetano Veloso**

#### **3.1 INTRODUÇÃO**

Neste momento, tentaremos desenhar o cenário onde possivelmente se desenvolverão as ações educativas propostas para as unidades de saúde ou originadas nas mesmas. Como nossa intenção é refletir sobre os projetos de educação permanente que tenham como estratégia principal o processo de trabalho em saúde, torna-se elemento importante, na construção desse cenário, a compreensão das diversas formas de visualizar o espaço de trabalho nas unidades básicas de saúde.

Sendo assim, começamos por tentar compreender como os agentes do trabalho<sup>1</sup> pensam o seu trabalho, em termos de ações, objetivos, e o valor que a ele

---

<sup>1</sup> A noção de agentes é vista em Paim (1994), como sendo aquela que retém a conotação de profissionais de saúde (todos aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, detém formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica), e aponta simultaneamente, para a possibilidade de análises mais concretas do processo de trabalho em saúde. Tal visão segundo o autor, permite individualizar o "agente-sujeito" que realiza o trabalho sob determinadas relações técnicas e sociais.

atribuem em relação ao conjunto dos trabalhos da unidade.

Sequenciando esse raciocínio, debruçar-nos-emos sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, o olhar que se tem sobre o corpo e os meios que serão acionados para intervir sobre este corpo nos permitirão compreender com que lógica os agentes do trabalho constroem suas possibilidades de constituírem-se em sujeitos de seus processos educativos.

Procuraremos, a seguir, compreender quais os conhecimentos que usualmente são acionados por esses atores, quais as lacunas e as ausências por eles identificados como importantes para a efetiva realização de seu trabalho.

Finalizando, partimos para a compreensão dos problemas do trabalho daquilo que de fato, no cotidiano dos serviços, é compreendido enquanto problema ou necessidade, e quais os mecanismos acionados por esses agentes no sentido de resolvê-los ou de encaminhar possibilidades de solução.

Devemos ressaltar que durante a construção desse caminho, estaremos o tempo todo contrastando a fala dos agentes que operam as práticas de saúde nas unidades com a fala do grupo gestor, responsável pela construção da política de desenvolvimento de recursos humanos no município.



### 3.2 TRABALHO EM SAÚDE: O OLHAR CONSTRUÍDO.

Uma das questões que fica em maior evidência quando nos debruçamos sobre a percepção geral que se tem do trabalho em saúde nas unidades, é o (re) surgimento da velha dicotomia curativo x preventivo.

*"A gente tem um objetivo final, que é viabilizar à atenção a saúde para uma determinada população (...), a gente está tentando avançar para que essa atenção não se restrinja à questão da doença, mas que ela se volte para propiciar a promoção da saúde". (E1).*

Essa dicotomia também começa a apontar o sentido dado à prevenção.

*"O posto de saúde, assim sempre teve uma visão mais curativa (...), então a gente está querendo voltar para uma parte mais preventiva (...), ou seja, tratar o paciente como um todo, abrangendo a parte preventiva, ou seja, explicando, dar uma certa educação nessa área que é deficiente". (E14)*

Dessa forma surge uma segunda questão importante na fala dos entrevistados: o sentido do preventivo vem associado a palavras como orientar, explicar, educar, ajudar, esclarecer, informar, conscientizar, criar, todas remetendo a um significado eminentemente educativo, como se o conceito de prevenção fosse construído basicamente pelo sentido do educar.

*"Ajudar as pessoas, eu acho que nesse sentido né, eu vim para cá, e achei que isso aqui sempre ajuda, dá uma orientação, explica alguma coisa, e depois é bom ter a troca". (E7)*

Uma outra preocupação, que é recorrente nos discursos dos entrevistados, é negar a idéia de que atenção primária se constitui em uma modalidade assistencial simples e de baixa qualidade.

*"Está mudando alguma coisa em termos de serviço público... até por experiência própria pessoal de posto de saúde, sempre houve assim, vamos dizer, um preconceito de que as pessoas são tratadas de uma forma mais simples e tudo, não dando de repente o devido valor que tem que ser dado". (E8)*

As idéias que recortam as atividades realizadas nas unidades básicas em duas modalidades assistenciais distintas e não complementares - o curativo e o preventivo - assim como a construção do ideário de uma medicina simples e de baixa qualidade, conquanto de baixa resolutividade, remontam à própria origem dos modelos de atenção em centros de saúde.

De fato, a atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, realizada com poucos e simplificados equipamentos.

*"Eu faço o tratamento básico, o que é possível, o básico mesmo(...). O tratamento é limitado porque essa é uma unidade básica". (E10)*

Para Mendes-Gonçalves & Schraiber (1995:34), essa imagem "vem de suas raízes, pois foi criada como prestação de assistência de serviço público, cujo objetivo institucional era ampliar a cobertura dos serviços para a população mais carente e excluída dos serviços, estendendo a assistência médica de forma

simplificada e barata". Seguindo a mesma linha de raciocínio, Nemes Filho (1995:276) afirma que a associação mais freqüente no Brasil, com relação às ações realizadas na rede de unidades básicas de saúde é atribuí-las a "atividades preventivas, ou então à atenção a certas moléstias infecciosas, ou ainda como meio de realização de uma 'medicina de baixo custo' ".

Essas visões têm origem na própria concepção de centros de saúde que remontam à década de 20, onde os trabalhos desenvolvidos eram feitos principalmente através da chamada "educação sanitária". Para Merhy (1992:11), "este modelo de trabalho distinguia claramente o campo da saúde pública, cujo objetivo era promover a saúde e prevenir as doenças, do campo da assistência médica, voltada para a cura das doenças".

*"Eu trabalho com prevenção(...). O que é um trabalho de prevenção? Eu converso, ensino, oriento(...) é esclarecer as pessoas para elas terem saúde no organismo como um todo, é um trabalho simples mas ajuda". (E5)*

Assim, começa-se a criar a nível do imaginário social, de suas representações, a idéia que associa prevenção/educação a uma modalidade pública de prestação de serviços, cuja realização tem como espaço as unidades básicas de saúde. Em contraposição, as atividades de assistência médica de caráter curativo são associadas a uma prestação que, para sua realização, requer consumo de complexas tecnologias, onde o espaço de sua operacionalização assenta-se sobre as unidades hospitalares, freqüentemente vistas como de natureza privada.

Já nos anos mais recentes, como adverte Nemes Filho (1995:279), configura-se a hegemonia da "medicina previdenciária" tanto em termos de orçamento quanto em relação à produção de serviços. Para o referido autor, "a saúde pública ficou progressivamente marcada pela falta de recursos, por deficiências administrativas nos seus serviços e por uma desvalorização no nível das representações ideológicas e no imaginário social".

A partir do advento da medicina preventiva, fundamentada pela teoria da História Natural das Doenças (Leavell e Clark), o paciente passa a ser visto como um todo "biopsicossocial" o que reorienta as formas de intervenção sobre os usuários dos serviços. Para Mendes-Gonçalves & Schraiber (1995:42), têm origem nessa teoria "a noção de assistência integral, como as ações articuladas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do todo biopsicossocial, bem como a noção de níveis de intervenção, como instâncias complementares e intercomunicantes de um mesmo sistema hierarquizado de atenção".

*"Eu acho que para você fazer um trabalho legal, você tem que se dedicar àquele trabalho e não fazer coisas totalmente diferentes ao mesmo tempo, sem poder relacionar tudo na minha cabeça(...). Então eu acho que o prioritário é você trabalhar de maneira integral"*  
.(E9)

Mesmo sendo o conceito de atenção integral bem desenvolvido sob o ponto de vista teórico, o que se percebe ao longo das falas é que ele não é suficientemente claro para os agentes do trabalho em saúde.

Por outro lado, a partir do princípio deste século, o desenvolvimento do pilar da emancipação citado por Santos (1995) no que se refere à lógica da racionalidade cognitivo-instrumental, em consonância com o princípio do mercado, dado pelo pilar da regulação, alcançam seu ápice. Nesse sentido, ciência e mercado andam juntas, o que reforça no campo da saúde o desenvolvimento do chamado "modelo biomédico". Quanto maior for o caráter "científico" de uma determinada ação em saúde, maior legitimidade ela alcança e portanto será mais intensamente consumida como mercadoria. Esse fato fica claro na fala abaixo que exprime uma certa decepção com relação ao modelo de assistência encontrado.

*"Eu achava assim, o sonho da área de saúde seria trabalhar numa unidade primária, que eu acho como a comunidade ficava próxima, seria muito mais fácil, e no início eu me frustrei demais, porque ninguém na unidade tinha intenção de sair de seu consultório, fazer trabalho de grupo ou trabalhos fora da unidade". (E4)*

Como bem lembra Mendes-Gonçalves & Schraiber (1995:29), "ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da 'assistência', pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial". Cuidados médicos sempre foi algo no imaginário social revestido do mais puro "cientificismo", decorrendo daí uma marca de eficiência/segurança ao cuidado prestado. Por outro lado, as atividades voltadas para prevenção, por não trazerem visibilidade ao seu caráter científico, passam na hierarquia de valores a ocupar um lugar secundário.



*"As atividades que a gente tenta desenvolver aqui, seria principalmente mudar um pouco o perfil dessa unidade básica. Um perfil mais relacionado com a prática de promoção e prevenção de saúde. O objetivo final, aqui, é tentar mudar realmente esse perfil, enfatizando a questão da prevenção e promoção de saúde". (E3)*

Ainda que o modelo de atenção integral tenha origem nos anos 50 com o advento da medicina preventiva, a forte polarização entre as atividades de cura e prevenção/promoção à saúde permanece no discurso dos agentes do trabalho. Mais do que isto, se pudéssemos estipular etapas a serem vencidas para se atingir um modelo de atenção integral, encontraríamos as unidades de saúde num movimento de afirmação do seu perfil de prevenção/promoção à saúde e, dialeticamente, tentando diminuir o valor das atividades relacionadas à cura das doenças. Assim, mudanças de modelos assistenciais estariam relacionadas com esse movimento.

A resultante disso pode ser um modelo híbrido de atenção no interior das unidades básicas, como afirmam alguns autores. Para Cecílio (1996), temos oscilado de uma certa visão "purista" das unidades básicas, como local de promoção e prevenção das doenças, com suas práticas orientadas pelo saber que nos vêm da epidemiologia e se dedicam a fazer "vigilância em saúde", até uma visão mais "realista" de que as unidades básicas têm que se comprometer com o atendimento das necessidades de pronto-atendimento das pessoas, organizando "seus processos de trabalho" de forma a "não deixar ninguém sem atendimento".

De qualquer forma, o que perpassa ao longo de todas as falas dos entrevistados é uma reafirmação de um modelo de assistência pautado prioritariamente nas atividades de prevenção e promoção à saúde. Todavia, não há intenção de negar a importância das atividades relacionadas à cura das doenças, e sim, uma tentativa de secundarizá-las com relação às outras atividades propostas.

*"Meu trabalho é assistencial mesmo, é aquilo de vir com queixa, você passar uma receita e ele vai embora. E a outra parte que eu acho talvez a principal é a parte da orientação, da prevenção(...) como ele vai ter necessidade de vir menos ao médico, como ele vai ter uma vida melhor". (E16)*

Um outro aspecto de inegável importância é a associação das atividades de prevenção e promoção à saúde com palavras que estão sempre associadas ao ato de ensinar. Entretanto, esse ato de ensinar está sempre vinculado a apenas um lado do conjunto de relações que transformam o espaço da unidade de saúde numa reprodução das relações encontradas no macro espaço social: a relação profissional usuário.

*"Então eu achava que numa unidade primária, que fica inserida bem dentro da comunidade onde as pessoas residem, você poderia fazer um trabalho que a gente chama de educativo, de tentar levar o que a gente acha, mas até ver o que eles acham, de que forma a gente poderia construir uma coisa melhor juntos". (E4)*

A necessidade de colocar o desenvolvimento de ações que em última instância se configuram como

carregadas de um forte componente educativo, como centro vital do trabalho, perpassa a maioria das falas. Porém, a necessária construção desse espaço educativo é pensada, na maioria das vezes, no interior das relações profissional/usuário. Dessa forma, fica excluído das possibilidades de construção de espaços educativos o outro pólo das relações de trabalho na unidade, as relações entre os profissionais de saúde. Um exemplo da preocupação com a possibilidade educativa de seu trabalho, direcionado para a relação com os usuários, pode ser visto na seguinte fala:

*"Trabalhar a parte educativa, trabalhar com as creches, com a comunidade, sair do posto é também uma experiência fascinante". (E8)*

Mesmo nos casos em que se reconhece a natureza do seu trabalho como sendo eminentemente clínico, há alguma preocupação com a possibilidade do educar a clientela.

*"Eu trabalho no consultório atendendo o paciente(...). Tento lidar com a parte de prevenção também(...), porque é muito difícil a consciência, principalmente na criança, não, principalmente não, é geral mesmo". (E10)*

Se, além disso, olharmos para algumas falas lançadas pelo grupo gestor, estaremos introduzindo um elemento a mais na complexidade dos limites e possibilidades construídos historicamente com referência à atenção primária: a distinção entre o individual e o coletivo na construção da demanda e no consumo do trabalho em saúde.

*"Porque se você tem uma Constituição que utiliza o modelo de saúde como sistema único, e ele é participativo, é coletivo, automaticamente, as ações devem ser coletivas e participativas". (GF)*

E com relação mais explícita às ações educativas a serem propostas no interior dos serviços.

*"Agora o sistema único, ele tem aquela característica de participação, e até como preceito à igualdade, equidade, então automaticamente se tem que mudar toda trajetória de educação permanente e continuada, se tem que criar, teorizar em cima disso, levar em consideração que cada município tem políticas públicas de saúde diferenciadas, tem que se criar um novo modelo". (GF)*

Assim, além de reafirmar o caráter coletivo das ações de saúde, coloca-o como ponto de partida para se pensar em projetos educacionais, que necessariamente terão que ultrapassar os espaços já construídos como referência para educação permanente ou continuada. Ao mesmo tempo, traz para o âmbito do município a responsabilidade da construção dessas novas referências.

Na verdade, se pensarmos nas características do trabalho em saúde realizado em unidades básicas de saúde, perceberemos sim que ele tem uma perspectiva de trabalho coletivo contrastada com as práticas de saúde, plano em que um conjunto de trabalhos especializados estão articulados na prestação de serviços. Porém, possui também uma perspectiva de trabalho individualizado no momento da "consulta", onde as relações entre

profissionais e usuários são vistas como da ordem da interação pessoal além de ser técnica.

Nesse primeiro momento, tentamos delinear o campo de percepções dos diversos agentes do trabalho sobre o seu próprio espaço de trabalho. Assim, podemos perceber, a partir do discurso feito, que o espaço da prevenção enquanto espaço de educação, se sobressai com relação a outras modalidades de atenção que, se não são negadas enquanto importantes, são alçadas a um nível hierárquico menor. Acreditamos que o perfil delineado para atenção primária, enraizado em sua própria história, produz e reproduz uma fala que, em muitas vezes, toca em pontos não claramente consensuais com relação ao modelo que se quer estabelecer para as unidades básicas de saúde. Nesse sentido, as diversas falas demonstram a conformação de um perfil para esse nível de atenção que, se não acompanhou alguns avanços do ponto de vista teórico, pelo menos conforma claramente um modelo visualizado. A discussão trazida por Mendes-Gonçalves & Schraiber (1995:44), valoriza positivamente a atenção primária como uma forma bastante específica de organizar a prática e como tal dotada de particular complexidade, ou nas palavras da própria autora, "...a multiplicidade de ações hoje propostas introduziu a questão de articular racionalidades diferentes de intervenção e natureza distinta de objetivos técnicos, tornando a concepção de assistência à saúde uma noção muito mais complexa."

Contudo, alguns falam sobre suas atividades de uma forma quase mecânica, não conseguindo sequer pensar sobre seus objetivos, ou a importância que seu trabalho possa ter no conjunto dos trabalhos da unida-



de. Consequentemente, no fundo, seu trabalho parece realizar-se sem sentido, desprovido de qualquer intencionalidade, ação por ação, num processo de "mecanização" de suas próprias atividades. Outros afirmam que a organização do trabalho não condiz com o perfil desenhado para a unidade que, na verdade, apesar do discurso feito pelas chefias no sentido de conformar o trabalho como sendo de base educativa, o que de fato é cobrado vem a ser o atendimento clínico a uma demanda quase sempre apontada como excessiva. Assim, as alternativas de um trabalho mais inovador e mais criativo se transformam em duras rotinas.

*"Então cai nesse problema também de às vezes não poder fazer uma boa consulta, porque eles não entendem que puericultura é consulta médica. Então, a gente quer fazer um trabalho de orientação à mãe, mas quando você vê, está abarrotado de criança, e aí você tem que começar a mandar pau na consulta, e aí cai naquela mesmice de você fazer exame físico, perguntar uma meia dúzia de coisas para a mãe, e a mãe vai embora, e aí você deixa de perguntar, você deixa de orientar. Eu virei uma pediatra de pronto atendimento". (E9)*

Talvez, estejamos frente a uma contradição institucional, entre o discurso e o proposto, com o que de fato é cobrado. Ou talvez a instituição caia na armadilha da demanda, cobrando uma resposta para atendê-la que, quase sempre, está vinculada a cuidados médicos. Nesse sentido, o grupo gestor em uma de suas falas lança um desafio e um alerta às instituições prestadoras de serviços de saúde:

*"A que essa instituição se destina? Eu acho que é a grande contradição burguesa, porque elas poderiam ser um elemento de organização social para ruptura da própria ordem, mas também podem não ser, podem ser um instrumento de controle social da classe dominante". (GF)*

A mecanização e rotinização do trabalho nas unidades básicas, bem como as contradições institucionais implicadas na gênese desse quadro, terão profundas implicações no perfil de demandas educacionais, assim como nas possibilidades do processo de trabalho estar gerando essas demandas. Todavia, aprofundaremos essas questões no próximo capítulo, que trata especificamente desse tema.

### *3.2.1 O VALOR DO TRABALHO NO OLHAR DO PROFISSIONAL.*

A primeira idéia que surge quando se avalia o valor atribuído ao trabalho em saúde por seus agentes relaciona-se à palavra "integrar", a possibilidade de ser eixo integrador dos diversos trabalhos executados pela unidade, assim como mediador/aproximador do trabalho ofertado junto à população consumidora desses serviços.

*"...eu acho que ficaria tudo resumido nessa palavra que é integração. Integração dentro do trabalho, que seria entre os profissionais, integração com a comunidade, integração com o nível hierarquicamente superior". (E1)*

Ou, de forma ainda mais explícita:

*"É, eu acho que eu sou um elo integrador(...) a gente é uma equipe, então a gente tem que trabalhar como equipe, então a gente tem mesmo que um ajudar o outro, para cada um tentar superar os problemas que surgem aqui dentro". (E3)*

A noção de trabalho em equipe vem sendo desenvolvida no Brasil desde a década de 70, período marcado por uma forte expansão do mercado de trabalho em saúde. Para Da Palma & Peduzzi (1995:238), no caso da atenção primária, "evidencia-se a influência da medicina comunitária como estratégia de extensão e racionalização dos serviços, enfatizando o trabalho em equipe e a incorporação de agentes com formações diversas, ainda que sob a égide do saber médico". Porém, a mesma autora adverte para a distinção entre os termos equipe multidisciplinares, traduzido na justaposição de trabalhos realizados por diferentes agentes de qualificações técnicas diferenciadas; de equipes interdisciplinares, relativo a uma conexão e integração que considera cada um dos trabalhos com seus respectivos aportes teóricos e práticos, configurando uma real possibilidade de "co-operação e coordenação do trabalho coletivo".

Essa necessidade de integração colocado pelos agentes do trabalho tem raízes no próprio desenvolvimento da medicina. Este desenvolvimento, para Brandão (1993:3), "teria se apoiado numa certa divisão do trabalho que os levaram à uma crescente especialização, sem a necessária contrapartida da constituição de uma cultura geral pedagógica e médica que servisse como uma espécie de solo epistemológico que garantisse o dialogo permanente entre os especialistas de uma prática educacional e médica não fragmentada".

Percebe-se que, a despeito do reconhecimento de que estamos lidando com coletivos de profissionais, a conformação de equipes interdisciplinares, ainda que seja um valor de reconhecimento do trabalho, tem um alcance não claramente definido. De qualquer forma, alguns elementos dificultadores já podem ser visualizados. Primeiro, a tendência do trabalho especializado levando a uma fragmentação do conjunto dos trabalhos, dificultando a conformação destas equipes, bem como a visibilidade de um trabalho coletivo. Outro fator pode ser atribuído à pouca clareza quanto ao perfil destas equipes interdisciplinares, bem como a falta de definição quanto ao papel de cada profissional na construção de um trabalho integral. Nesse sentido a seguinte fala é bem elucidativa:

*"No dia a dia a gente vê até como é importante, mas eu não sinto muito valorizado perante os outros profissionais.(...) eu tive uma reunião com a Superintendente, que eu coloquei isso para ela; qual é a importância de um enfermeiro, numa unidade que você diz que é movimentada basicamente pelo serviço de enfermagem?(...) Então a gente vive essa coisa diária deles dizerem que o trabalho é básico, que o carro chefe é a enfermagem, porque sem a enfermagem ninguém funciona, mas por outro lado não te dão valor, não te chamam para nada". (E9)*

De fato, o pensamento taylorista ainda segue atravessando a organização do trabalho no setor saúde, a despeito de já se podem observar algumas características dos chamados processos de flexibilização produtiva (Rovere, 1993a, 1993b, 1994). Isso resulta numa situação híbrida, onde a organização do trabalho

de base taylorista começa a ser atravessada em alguns aspectos por novos aportes que em alguma medida já apontam alterações na organização do trabalho em saúde. Ainda assim, a fragmentação do trabalho em saúde é também resultante da forte separação entre concepção e execução, onde há os que pensam e, portanto concebem, e os que executam. Podem-se também perceber tendências a uma forte hierarquização e subordinação na organização do trabalho. Essas características do modelo taylorista de organizar o trabalho de fato funcionam como elementos dificultadores na constituição das equipes interdisciplinares, a despeito das falas apontarem para um ruptura desse processo, configurando um espaço mais linear entre concepção e execução, onde as fronteiras hierárquicas já não são tão transparentes.

Apesar desses fatores, a maioria das falas tende a valorizar o trabalho em equipe, apontando a dependência de cada trabalho isolado para o conjunto dos trabalhos realizados pelas unidades.

*"Meu trabalho é importante, porque faz parte de uma sequência de trabalhos que se inicia com a entrada do paciente na unidade, uma peça no conjunto". (E2)*

Mesmo quando se reconhece a existência de um trabalho isolado, sem nenhuma conotação de trabalho em equipe, ainda assim, há um espaço dado para uma futura configuração em equipes.

*"Eu acho que cada um faz o seu trabalho, a unidade tem trabalhos isolados como o meu.(...) Mas então eu acho isso importante, é tornar o conjunto uma parte para ter um resultado final. O resultado é esse, que as*



*peessoas dessa comunidade tenham mais saúde, sejam mais bem informadas sobre as doenças". (E13)*

De qualquer forma, não é suficiente reconhecer como valor importante a sua constituição do trabalho como essencialmente coletivo, como um conjunto que depende de todos os seus subconjuntos para que de fato funcione com graus eficientes de resolutibilidade. Também não basta reconhecer um trabalho individualizado, normalmente referente à assistência médica, e diferenciá-lo de um trabalho coletivo essencialmente vinculado às necessidades sociais de saúde. É preciso reconhecer um trabalho profundamente comprometido no sentido ético e moral com as necessidades de saúde. Se as compreendermos enquanto necessidades sociais, então é preciso recuperar a perspectiva de ser um trabalho essencialmente social enquanto valor importante para o trabalho.

*"Meu trabalho é tão importante quanto todos os trabalhos que são feitos aqui. (...) Então eu acho que a importância é social, importância na comunidade, eu acho que o médico tem uma função social importante (...) agora importância como equipe, eu acho que todos nós temos a mesma importância, o mesmo valor social. (...) Então o que vale é a importância social que nós temos". (E16)*

Assim como afirma Mendes-Gonçalves & Schraiber(1995:46), "não basta para sermos críticos e inovadores, alterarmos apenas o plano material das ações e das práticas em saúde. Promover a integração será no máximo suficiente mas não completo. (...), é preciso trabalhar direta e articuladamente a dimensão

subjetiva que está presente como conformador efetivo da estruturação e dinâmica das práticas". Dessa forma, pensar as práticas de saúde no interior das unidades básicas passa a ser um exercício que vai além de mudanças nas concepções das práticas, mas sim pensar a relação entre sujeitos, ou melhor, resgatar o sujeito que existe em cada relação enquanto agente de um trabalho que pressupõe uma relação mais humanizada, onde as dimensões de ética e subjetividade passam a ser componentes essenciais.

*"Na minha cabeça por mais simples que seja a pessoa. ela percebe quando não foi bem aceita. Então a gente tem que criar esse tipo de vínculo de humanidade mesmo(...). Não adianta existir medicamento, recursos humanos, equipamentos, se não existir essa relação mais humana entre as pessoas". (E12)*

### 3.2.2 UM OLHAR SOBRE OS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DO PROCESSO DE TRABALHO

Até esse momento, observamos a configuração de um espaço de trabalho nas unidades básicas de saúde, em que seus agentes o constroem a partir de uma modalidade de prestação de serviços "preventivos", traduzida como basicamente educativa. Por outro lado, valorizam seu trabalho, desde uma perspectiva de ser reconhecido como um elo de integração- " eu acho que eu sou a ponte que leva o médico a comunidade"(E17)- passando pela visão de um trabalho em conjunto conformado em equipes, alcançando a perspectiva de que de fato sua importância está ligada ao caráter social de sua natureza. Dessa forma, já começamos a ter indícios com base nesse dese-

nho, de que elementos estarão sendo mobilizados, na perspectiva de projetos educacionais que tenham como centro de sua estratégia o processo de trabalho. Todavia, se faz necessário compreender como os agentes do trabalho percebem os elementos que o constituem. Procuraremos nos deter na análise da percepção que os agentes do trabalho possuem com relação ao objeto e aos meios do trabalho em saúde. Devemos ressaltar, como foi discutido no primeiro capítulo, que os meios do trabalho são aqui compreendidos enquanto tecnologias materiais e não materiais. Nesta seção, abordaremos apenas as tecnologias materiais.

#### 3.2.2.1 O OBJETO

Apesar de uma cultura aparentemente hegemônica na sociedade com referência à construção de um corpo a partir de um modelo biomédico, a maioria das falas referem-se ao objeto de trabalho em saúde num olhar que se aproxima do modelo construído pela saúde coletiva.

*"Não só a pessoa em si, mas a pessoa situada no meio em que ela vive, o que está por trás daquilo, a realidade que ela vive, a situação dela, econômica, cultural e social. Então o meu objeto seria o indivíduo no mundo que ele vive, e a relação que ele desempenha com este mundo". (E3)*

Ora este olhar se detém em aspectos que constroem um corpo complexo como o referido acima, ora essa construção se faz menor, mas não reduzida a uma mera dimensão anátomo-fisiológica.

*"A pessoa, a saúde dela, e aí não é só saúde, é ter a cabeça legal. Mas aí, toda a vida da pessoa influi nisso". (E5)*

Não que uma visão que reduz o corpo a suas partes dadas pela anatomia e fisiologia encontrem-se completamente ausente das falas, pelo contrário, de alguma forma elas aparecem, porém sem grande intensidade ou impacto com referência às outras falas.

*"O objeto é a pessoa que a gente procura ajudar tentando curar suas doenças e quando possível prevenir". (E13)*

Ao referir-se à pessoa com a possibilidade de cura sem contextualizar o indivíduo nos aproximamos da construção dada pelo modelo biomédico. Todavia, é apenas uma aproximação pelo fato da ausência de referências para este corpo. Porém, como já foi dito, este corpo normalmente é descrito levando-se em consideração contextos que muitas vezes envolvem conceitos bem complexos como o de cultura.

*"Se a saúde é uma ação cultural, as relações que estão envolvidas nesse processo é que são objeto". (E6)*

Ou ampliando o universo de possíveis intervenções sobre este corpo, como aparece aqui:

*"O objeto é a pessoa se sentindo bem, sentir bem-estar, bem-estar no lazer, bem estar na brincadeira, bem estar com a família". (E16)*

Portanto, há coerência com o tipo de modelo para atenção primária desenhado a partir do olhar sobre o trabalho, e o construído a partir da visão que se tem do objeto de trabalho em saúde. Dessa forma, ao se ampliarem as dimensões desse objeto, os problemas de saúde não se sustentam apenas com um suporte clínico, já que em vez de naturais, são históricos e socialmente definidos. Esse fato determina uma intervenção de natureza absolutamente diferenciada sobre o objeto já configurado como necessidades sociais de saúde, o que é bem demonstrado por Paim (1993:203). Para esse autor, "uma vez que tal objeto de saber e de intervenção é essencialmente social, amplia-se o campo de atuação ou de normatividade das práticas de saúde". Ao se ampliar este campo, necessariamente também se ampliam os saberes/conhecimentos necessários para intervir sobre o objeto.

*"É a pessoa, mas não depende só do setor saúde, só por que tem remédio ou foi assistido. Depende de várias outras coisas como moradia, alimentação, transporte, lazer, enfim, toda uma série de coisas que a gente ainda tem como objetivo". (E1)*

Devemos ressaltar, todavia, que a apreensão do objeto, como afirma Mendes-Gonçalves (1994:62), consiste basicamente na identificação de suas características que permitam a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho. "O objeto não se impõe em nenhum caso naturalmente, mas corresponde já a um olhar enviesado que nele discrimina as potencialidades do produto".



Portanto, há coerência com o tipo de modelo para atenção primária desenhado a partir do olhar sobre o trabalho, e o construído a partir da visão que se tem do objeto de trabalho em saúde. Dessa forma, ao se ampliarem as dimensões desse objeto, os problemas de saúde não se sustentam apenas com um suporte clínico, já que em vez de naturais, são históricos e socialmente definidos. Esse fato determina uma intervenção de natureza absolutamente diferenciada sobre o objeto já configurado como necessidades sociais de saúde, o que é bem demonstrado por Paim (1993:203). Para esse autor, "uma vez que tal objeto de saber e de intervenção é essencialmente social, amplia-se o campo de atuação ou de normatividade das práticas de saúde". Ao se ampliar este campo, necessariamente também se ampliam os saberes/conhecimentos necessários para intervir sobre o objeto.

*"É a pessoa, mas não depende só do setor saúde, só por que tem remédio ou foi assistido. Depende de várias outras coisas como moradia, alimentação, transporte, lazer, enfim, toda uma série de coisas que a gente ainda tem como objetivo". (E1)*

Devemos ressaltar, todavia, que a apreensão do objeto, como afirma Mendes-Gonçalves (1994:62), consiste basicamente na identificação de suas características que permitam a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho. "O objeto não se impõe em nenhum caso naturalmente, mas corresponde já a um olhar enviesado que nele discrimina as potencialidades do produto".

### 3.2.2.2 OS MEIOS ENQUANTO TECNOLOGIAS MATERIAIS

A partir das falas dos entrevistados e do grupo focal, estamos construindo um olhar sobre o trabalho nas unidades básicas de saúde. Tecnologia nos levam a pensar em níveis de complexidades, que por sua vez vêm sendo definidos tradicionalmente por complexidades tecnológicas. No imaginário social, complexidade de tecnologias materiais vem sendo associada à possibilidade de uma atenção de melhor qualidade e resolutibilidade. Assim, a demanda pelo consumo de altas tecnologias se impõe para qualquer nível de atenção do sistema de saúde, ou seja, o que se cobra enquanto consumo é a possibilidade do acesso a grandes tecnologias pois são essas que, nesse imaginário, dão garantia de resolução dos problemas colocados pela população.

*"Eu acho que está tudo bem usado dentro do possível, do que a gente tem (...). Agora o paciente está sempre insatisfeito, por melhor que seja, que esteja montada a unidade, ele está sempre insatisfeito, a gente já está preparado para isso, tem sempre uma queixa." (E2)*

Entretanto, se nos detivermos às falas produzidas na investigação, há uma associação clara entre perfil tecnológico dado para unidades básicas e os próprios limites dessa modalidade assistencial no que ela possui de referência para tecnologias materiais.

*"Eu acho que agora, depois de termos conseguido um raio x e o laboratório, agora a gente não está precisando muito, o que tem dá para fazer um trabalho básico, para o nosso trabalho básico está tudo legal". (E11)*

Ou ainda com maior clareza e ênfase:

*"No que a unidade se propõe está bem. O que ela se propõe como unidade básica, unidade de assistência primária, eu acho que é suficiente o que a gente tem aqui". (E16)*

Essa clareza, em algum momento, chega perto da compreensão de que um modelo assistencial organizado a partir de pressupostos como regionalização e hierarquização implica níveis diferenciados de uso e consumo tecnológico, sendo a excelência da ação dada pela natureza intrínseca do que se deseja, e não pela complexidade material envolvida no ato.

*"A gente está aqui num setor que tem uma unidade de médico de família, unidade básica de saúde e tem a policlínica, que seria uma unidade mais complexa por ter muito mais equipamentos e tecnologias, inclusive laboratório. Então a nossa unidade, ela parte de uma questão de uma hierarquia de rede, se eu precisar de um equipamento ou exame ou uma coisa mais sofisticada, a gente vai para essa hierarquia de rede através da referência e contra-referência. Então na unidade em termos de equipamentos, eu tenho o básico par um atendimento básico". (E3)*

Todavia, esse olhar sobre a operacionalização de um sistema já funcionando por hierarquia, em que a tecnologia material é selecionada a partir da definição do perfil da unidade, nem sempre aparece como consensual.

*"Eu acho que essa unidade aqui é um grande equívoco entendeu? Eu acho que nem ela sabe direito o*

*que ela é(...), a gente faz atenção primária, mas ao mesmo tempo a gente não dá conta dessa prevenção, aí a gente atende pronto atendimento que também não dá conta, e agora a gente já tem especialidade. Então a gente conseguiu fazer um zorra danada e não dá conta de nada". (E9)*

Mas o que se configura de fato é um padrão de respostas que relacionam unidade básica com um dado perfil tecnológico, e que para esse perfil, as unidades investigadas respondem bem do ponto de vista qualitativo. Quando aparece alguma queixa, essa se refere à insuficiência de materiais do ponto de vista quantitativo.

*"Não tem material suficiente, a gente usa muita luva, a gente costuma trabalhar com luva, o material é lavado à tarde, e quando eu chego de manhã coloco na estufa para ser novamente usado durante o dia, realmente tem pouco". E(7)*

Enfim, deve-se ressaltar um alerta feito por uma das falas no que se refere às implicações de uma maior complexificação das unidades a partir das tecnologias materiais.

*"É difícil achar que uma coisa é suficiente, que está pronta. A gente percebe muito que a utilização de uma tecnologia sempre leva à necessidade de novas tecnologias ou a necessidade de recursos humanos mais complexos. Esse raio x o que ele leva? Leva a necessidade de uma avaliação de um ortopedista, quer dizer um recurso humano que a gente não tem". E(1)*

Percebe-se uma associação entre um dado perfil tecnológico e sua adequação a um tipo específico de modalidade assistencial, no caso as unidades de cuidados básicos. Esse olhar muitas vezes aproxima-se de um padrão definido pela regionalização do sistema. Nesse sentido relaciona-se aos dizeres de Paim (1993:205) quando este discute a reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários, "a organização da assistência em distrito sanitário pode reordenar, dentro de certos limites estruturais, a disposição e utilização dos meios de trabalho nas perspectivas de resolver problemas de saúde, de atender necessidades de serviços ou controlar fatores ou condições de risco".

### **3.3 CONHECIMENTO COMO NECESSIDADE: SUA CONSTRUÇÃO NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS.**

"Depois da euforia cientifista do século XIX e a consequente aversão à reflexão filosófica, chegamos a finais do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de completarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é com o conhecimento de nós próprios."

**Boaventura Sousa Santos**

Quando nos deparamos com tecnologias não materiais entendidas enquanto os diversos saberes a serem acionados para possibilitar intervenções sobre o objeto do trabalho em saúde, mesmo a partir das tecnologias materiais, o padrão de falas produzidas não revela a uniformidade até então observada. Aqui, além de uma maior multiplicidade de olhares, começam a aparecer contradições com referência ao quadro já desenhado. Deve-se ressaltar, contudo, que nosso objetivo não é



enfrentar uma discussão pautada na teoria do conhecimento e sim tentar entender como o conhecimento é utilizado com referência às práticas no interior dos serviços de saúde.

O objeto do trabalho em saúde, recortado pelos agentes do trabalho, é apreendido na complexidade de um corpo coletivo desenhado a partir da saúde pública. Portanto, é constituído de uma historicidade. A noção de historicidade traz a idéia de variação. Consequentemente, há variações no padrão de normatividade dado ao corpo de caráter coletivo. Essas variações, para Mendes-Gonçalves (1994), correspondem a "estruturas culturais genéricas e específicas", definidas para certos grupos sociais como os específicos "modos de andar a vida". Dessa forma, se os agentes do trabalho constróem seu objeto com essas características, é de se supor que os diversos saberes acionados possuem essa complexidade que, em última instância, é dada pelos diferentes campos de conhecimentos que terão necessariamente de ser utilizados para sua intervenção. Entretanto, quando indagados sobre os diversos conhecimentos utilizados no cotidiano dos trabalhos da unidade, algumas falas começam por distinguir diferentes tipos de conhecimento.

*"Eu acho que é necessário os conhecimentos científicos lógico dentro da minha área, e depois um conhecimento muito grande também de saber lidar muitas vezes com pacientes que procuram a gente". E(14)*

Também pode ser visto de outra forma, onde o termo conhecimento científico é substituído por conhecimento profissional.

*"Além do conhecimento profissional(...). Então esse tipo de conhecimento você tem que ter, do dia a dia da pessoa, da condição financeira, da condição social do país, da condição política, eu acho que tudo isso é tão importante quanto o conhecimento profissional". E(16)*

Essa idéia que divide de um lado conhecimentos ditos "técnicos, científicos ou profissional" e, de outros, conhecimentos quase sempre ligados aos aspectos sociais, traz embutida a noção de que o conhecimento científico é de exclusividade das ciências ditas naturais, ficando de fora do caráter científico o campo das ciências sociais. Ao mesmo tempo que essa distinção é feita, uma hierarquização da importância dos conhecimentos a serem acionados é construída, como já demonstrou a fala da entrevista 14, ou como mostra a fala seguinte.

*"Os conhecimentos que eu utilizo, bom eu acho que os conhecimentos médicos que eu precisaria, preciso estar sempre estudando para poder conhecer bem as doenças de maneira que eu pudesse tratar as pessoas e preveni-las, então o conhecimento científico é importante, até o conhecimento dessa região, dos problemas que essa região tem". E(13)*

A partir dessas falas, duas questões se sobressaem e que, de certo modo, terão implicações na delimitação de saberes que possam estar sendo demandados a partir do cotidiano do trabalho: a redução do conhecimento científico ao campo das ciências naturais e uma hierarquia de valores onde esses conhecimentos chamados "científicos" se situam no topo da lista hierárquica.

Mendes-Gonçalves (1994:64) já nos adverte que, "a importância do embasamento científico para a rearticulação da medicina nas sociedades capitalistas permite explicar por que a forma ideológica dominante de representação dessa prática não apenas se reveste de 'roupagens' científicas, mas erige-se em prática em si mesma científica. Só assim, ao saber médico é dado o poder de legislar e julgar sobre a saúde e a doença."

Por outro lado, uma hierarquia que coloca esse mesmo conhecimento dito científico como prioritário para intervir sobre o objeto, contradiz o próprio desenho desse objeto formulado pelos agentes do trabalho. O conhecimento dado pela clínica atinge essencialmente o indivíduo, não possuindo qualquer pacto com o coletivo. Ora, se o desenho do objeto foi preponderantemente coletivo, há uma contradição de base nas falas com relação ao objeto e saberes utilizados enquanto meios de intervenção sobre esse objeto. Como construir demandas educacionais com referência a um modelo de assistência mais voltado para atividades de prevenção/promoção da saúde e, portanto, de natureza coletiva, onde o objeto é construído a partir das complexas relações do homem com meio/cultura/sociedade, quando o saber priorizado no cotidiano do trabalho relaciona-se a atividades de caráter mais individualizado? Essa questão constrói o primeiro "nó crítico", que poderá estar dificultando a construção de projetos de educação permanente junto a esses atores institucionais.

Todavia, uma outra questão pode iluminar a compreensão de como o conhecimento pode ser demandado enquanto uma das alternativas para melhor qualificar o trabalho. Assim, o olhar que os agentes do trabalho

possuem do próprio conhecimento pode estar minimizando o "nó crítico" acima apontado.

*"Eu acho que cada coisa que a gente vai começando a fazer a gente vai identificando novas necessidades, o trabalho é muito dinâmico, não fica pronto nunca, eu acho que a gente como pessoa também não fica, não se sente satisfeito. Quanto mais a gente conhece, mais vai deslumbrando novas coisas para conhecer". E(1)*

Essa visão de que o conhecimento é algo dinâmico e que, por sua vez, o trabalho é fonte geradora de novos conhecimentos, é vista nos agentes do trabalho nas unidades bem como no grupo gestor.

*"Se educa para a vida porque a vida era morosa. Com os materialistas, eles começaram a dizer que a vida é dinâmica, a vida se muda. Isso complicou profundamente no meio dos educadores, que nós éramos impotentes diante do futuro e da vida real, tal a rapidez da mudança". (GF)*

O entendimento de que a rapidez do desenvolvimento da ciência e da técnica resulta em frequentes mudanças de cenários, traz embutida a idéia da necessidade de uma constante circulação de conhecimentos no interior das organizações do trabalho.

Por outro lado, a utilização do conhecimento no e pelo trabalho pode ainda vir vinculada a antigas concepções que o percebem ligado às práticas educativas em serviços, como uma função precípua de mudança de hábitos. Ainda que se assumam dificuldades para seu alcance, isso poderá ser um elemento obstaculizador na circulação de saberes que possibilitem romper com cul-

turas institucionais normalmente referidas a velhos modelos de assistência.

*"(...) usar o conhecimento para criar essa mentalidade preventiva nos pacientes, que no nosso entender não há. A gente tem dado especial atenção às crianças, porque é mais fácil acrescentar hábitos, criar hábitos do que mudar hábitos". E(14)*

### 3.3.1 O CONHECIMENTO AUSENTE

A discussão sobre as lacunas de conhecimento percebidas no dia a dia do trabalho suscitou um padrão de respostas difuso, porém rico no sentido de apontar os caminhos ou descaminhos possíveis aos processos educacionais no interior dos serviços de saúde investigados.

De uma forma esquemática, que só é possível ao se tentar uma melhor compreensão sobre o padrão de respostas dadas, percebe-se que esse padrão pode ser enquadrado em quatro possibilidades: a) ausências referenciadas a saberes relacionados diretamente ao seu processo de trabalho, b) ausências referenciadas a saberes gerais não necessariamente vinculados a seus processos de trabalho, c) atualizações como respostas à ausência de saberes não especificados, d) processo de trabalho não demandando novos saberes. Deve-se ressaltar, contudo, que em muitas falas há mistura desses padrões.

Com relação ao primeiro tópico, muitas vezes o conhecimento, ou melhor, sua ausência é percebida a partir do processo de trabalho.



"Eu acho que tem que fazer reciclagem, as coisas vão mudando, vão se aperfeiçoando, fora isso vai se descobrindo coisas que simplificam o trabalho e que acabam melhorando o trabalho. Agora, com relação a conhecimentos específicos, seria a parte técnica que se eu pudesse avançar um pouco poderia desafogar a demanda ao dentista(...) se me ensinassem determinadas coisas como extração de tártaros, eu acho que o trabalho poderia fluir melhor". E(5)

Além de reafirmar o caráter dinâmico do conhecimento, relacionando seu dinamismo à necessidade de atualizações, propõe um tipo específico de conhecimento que, na sua avaliação, poderia melhorar o processo de trabalho dificultado por um excesso de demanda ao dentista.

Por outro lado, o trabalho em saúde é fundamentalmente um trabalho relacional em que, como afirma Davini (1994) "as valorizações, percepções e padrões de interação incidem nas práticas técnicas". Nesse sentido, os aspectos relacionais das práticas podem ser apontados como problemas do trabalho, como o referido abaixo.

"Eu acho que a questão do trabalho é crescimento, a gente nunca domina tudo. Agora uma das coisas que eu acho assim importantíssimo, e que às vezes eu acho difícil de trabalhar é a questão da relação mesmo.(...), tem até questões técnicas que eu acho que eu também precisaria me aprimorar, mas eu acho que a questão da relação para mim é a mais difícil de lidar". E(3)

De qualquer forma, fica evidente que para alguns profissionais, o cotidiano do processo de trabalho pode ser um indicativo claro de ausências ou deficiências de conhecimentos, abrindo possibilidades para seu enfrentamento.

*"Tenho deficiências sim, na parte de curativo, pessoas com abcesso e eu realmente não tenho aquela maneira de pegar o bisturi, se tiver uma sutura mesmo simples eu não sei fazer, tirar uma sutura também não. Nesse ponto eu acho que poderia aprender melhor, fazer melhor, às vezes eu nem faço e chamo um colega". E(7)*

Num segundo grupo, podemos encontrar falas que, ao assumirem ausências ou deficiências com referência ao conhecimento, não as relacionam diretamente ao processo de trabalho.

*"O que eu precisaria? Ai é vasto né, desde política social, economia, sociologia, tudo isso que está envolvido na formação do social". E(6)*

Mesmo quando referido a temas gerais, ainda assim, não fica claro nas falas sua relação, ou mesmo se sua gênese vincula-se a problemas enfrentados pelo cotidiano do trabalho.

*"Todo curso, todo conhecimento que houver a nível de saúde pública eu faria. Eu gosto muito de saúde pública e se eu pudesse cada vez mais me aperfeiçoar eu gostaria". E(17)*

Existe um terceiro grupo que, ao ser indagado sobre conhecimentos que pudessem ser adquiridos no sentido de melhorar seu processo de trabalho, fala de

forma genérica como "conhecimento nunca é demais", ou apontam necessidades de atualizações sem contudo conseguir especificar áreas temáticas de interesse.

*"Eu acho que eu tenho que estar sempre me atualizando, se informando, participando dos congressos, dos eventos, sempre soma alguma coisa né? A gente é aquela coisa, é continuidade". E(8)*

Particularmente para parte dos profissionais de nível médio, observa-se que esse padrão de fala vem de alguma forma associado à necessidade de legitimação do seu trabalho, perante o usuário ou mesmo os outros profissionais de nível superior. Esses atribuem à baixa escolaridade requerida para as categorias profissionais de nível médio os problemas que possam surgir com relação a ausências de conhecimentos.

*"Tudo que tem assim, que me interessa eu vou, para esclarecer, para me aprimorar e eu poder passar isso, porque eu sou pouco esclarecida por exemplo, eu tenho pouco nível de escolaridade, mas eu tenho que melhorar o outro lado, então tem que ser o meu interesse mesmo por que você conversa com os pacientes e eles fazem certas perguntas que você tem que estar preparado para responder se não você fica com aquela cara". E(2)*

Por outro lado, assumir que necessita de conhecimentos que possibilitem um certo conforto para responder demandas que possam surgir dos usuários dos serviços não significa assumir necessidades por esses conhecimentos para um melhor desempenho no seu próprio trabalho. A mesma fala que assume um lado nega o outro.

*"Não preciso de conhecimentos específicos, eu acho que estou bem preparada. Eu tenho muita prática".*  
E(2)

O nível de escolaridade acaba sendo de tal forma importante com referência às profissões de nível médio, que ausências de conhecimentos que podem estar diretamente relacionados aos currículos de formação desses profissionais, são atribuídos não a problemas nesses currículos, mas sim a deficiências na formação escolar.

*"Eu penso que todos auxiliares de enfermagem daqui algum tempo irá mudar, deveriam ter um nível de escolaridade melhor. Acho que segundo grau a nível de auxiliar de enfermagem seria importante porque um conhecimento maior sobre anatomia, sobre diversas coisas ajuda, mas a nível de primeiro grau é muito pouco, é muito baixo".* E(17)

Por fim, há um grupo de agentes que ao serem indagados sobre conhecimentos específicos que não possuem com relação ao seu trabalho negam a existência dos mesmos.

*"Não, acho que não preciso de nenhum conhecimento específico. Para o trabalho que eu desenvolvo aqui, o conhecimento técnico que eu tenho é suficiente".* E(13).

Um outro aspecto importante a ser mencionado refere-se ao ressurgimento do tema "rotinização" do processo de trabalho, levando a uma aparente falta de perspectivas mais inovadoras para esse trabalho, tendo como consequência uma certa acomodação com referência

às possibilidades de que ele possa ser percebido como espaço gerador de demandas por novos conhecimentos. A motivação x desmotivação no e para o trabalho parece ser fator importante quanto às possibilidades de se estar articulando um conjunto de saberes a incidirem sobre o objeto do trabalho em saúde.

*"Eu acho que a gente fica com essa coisa de atendimento, atendimento e atendimento, chega um dia que você se vê meio ultrapassado(...).Então a rotina ela fica, chega um ponto que você diz, será que é só isso? Será que eu só posso fazer isso? Eu já fiquei cansada, que não tinha outra coisa a fazer a não ser aquele atendimento, fulano entra e sai, é muito comum ter a mesma queixa, então chega uma hora que você fica meio enjoada, não sabe nem o que é mais importante saber". E(11)*

Essa "rotinização" do trabalho tende a levar o profissional a uma certa acomodação, acomodação essa que se coloca de uma forma quase dialética com relação às possibilidades de sua reversão, ou seja, quanto mais duras as rotinas, mais propiciam processos de acomodação, que por sua vez quanto mais acomodado fica o indivíduo, mais difícil será sair dessa condição. Tomar a prática do indivíduo como espaço de reversão desse quadro pode se anunciar como um caminho de solução. Luckesi et al (1985:53) já nos advertem que "não há conhecimento que se faça fora da prática do sujeito com o mundo que o cerca, e ao qual é necessário compreender, pela criação de significados e sentidos".

*"Porque a gente vai chegar a uma situação em serviço público, que você vai empurrando com a barriga,*



*vai ficando cansada, ganhando pouco, suportando um monte de coisas. Então é naquela hora que você tem que ganhar um estímulo, vai fazer um curso, estudar, mas você não pode sair, tem que continuar produzindo". E(9)*

Por outro lado, é a partir da motivação pelas possibilidades de transformação das práticas de trabalho que este mesmo trabalho pode ser o espaço da (re) afirmação pela busca do conhecimento.

*"Eu preciso estar motivada, estar bem estruturada dentro do meu grau de nível técnico, para poder passar os meus conhecimentos para as pessoas. Então eu preciso estar bem consciente disso". E(15)*

Ou, de uma forma mais contundente, como demonstra o exemplo dado pelo grupo gestor.

*"Outro dia, uma pessoa chegou na minha mesa e me esculhambou, deu um sopapo na mesa e disse assim: olha aqui, eu aqui não penso só executo, e eu quero pensar". (GF)*

De qualquer forma, é preciso ter claro, como já foi dito, que o exercício de conhecer é um ato relacional. Não há pensamento isolado na medida em que não há homem isolado, como muito bem adverte Freire (1985). Mesmo quando há desmotivação, o profissional não está isolado, imune das possibilidades do conhecimento. Recorrendo mais uma vez a Freire (1985:66), quando afirma que, "todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo", assim, é preciso resgatar no indivíduo sua percepção de que, ainda que rotinizado, seu trabalho é um ato relacional e que, portanto, está

imerso nas possibilidades de uma relação dialógica indispensável ao ato do conhecimento.

Para finalizar, é interessante perceber que, de alguma forma, ao se falar de conhecimento, alguns agentes do trabalho já começam a delinear, ainda que tenuamente, as formas como irão se mobilizar no sentido de obtê-los.

*"(...), a gente tem tudo aqui na unidade, todos os manuais, a gente consulta muito os manuais lá do ministério, a gente tem tudo isso à mão, e aquilo que eu te falei, a gente trabalha muito em sintonia, então uma dúvida que eu tenha, que as pessoas tenham, a gente consulta os manuais, ou consulta a própria direção, a gente faz treinamentos entre nós. Então a gente está sempre usando mesmo o material escrito que a gente tem na unidade ou que a gente busca fora da unidade". E(12)*

### **3.4 PROBLEMAS DO TRABALHO: A VISÃO DOS AGENTES**

Uma segunda contradição surge quando nos deparamos com o olhar que se tem sobre os problemas gerados pelo trabalho e o perfil desenhado pelas falas com referência aos conhecimentos demandados a partir do processo de trabalho. Se um agente do trabalho, ao ser indagado sobre conhecimentos específicos que necessita para melhorar seu processo de trabalho, produz uma fala que não só especifica tipos de conhecimento, bem como afirma que uma vez de posse desses conhecimentos o seu trabalho fluiria melhor, é de se esperar que esta ausência de conhecimentos esteja configurada enquanto um problema do trabalho para aquele agente. No entanto, não é isso que ocorre quando o mesmo agente é questio-

nado sobre os problemas do seu trabalho e as formas com as quais ele lida com os mesmos. Vejamos como exemplo a fala da entrevista cinco dada na seção anterior, que se refere à ausência de conhecimentos "técnicos" (mais especificamente o fato de não saber fazer extração de tártaros) e a possibilidade de melhoria do seu trabalho caso obtivesse tais conhecimentos. Quando indagada diretamente sobre os problemas do seu trabalho, não refere questões relativas a conhecimento, como se a ausência de conhecimentos não fosse percebida enquanto problema.

*"Todo mundo tem que passar por mim, que na verdade faço a triagem e depois é que acaba no dentista. Isso é um problema que eu tenho que resolver. É uma fila muito grande porque se passam umas vinte pessoas por mim, para o dentista umas sete, aí afunila(...). Esse é o problema que eu enfrento no meu trabalho, que é administrar essa demanda, de conversar com as pessoas, eu faço uma mistura de assistente social e psicóloga, eu fico ouvindo os dramas, e nisso eu acabo até meio que subvertendo a tal lista de espera". E(5)*

Esse exemplo ilustra bem o que vem a ser um padrão comum de falas com relação aos problemas do trabalho: a exterioridade do problema ao indivíduo. De certo, quando indagados sobre os problemas vividos no seu trabalho, a tendência observada é a exclusão do próprio agente da construção do problema, ou seja, a sua não percepção enquanto sujeito do problema. Sendo assim, as falas sempre exprimem essa exterioridade, com algumas diferenças no que se refere ao seu conteúdo.

"(...), eu sei que eles não tem condições de procurar um tratamento, então eu tento atendê-los, só que é uma coisa difícil, porque o tratamento dentário é um tratamento demorado. Então é um tratamento lento. (...) Então a dificuldade que eu sinto é isso, de as pessoas chegarem muito a mim e eu não posso resolver, muita gente para resolver o problema de cada um entendeu?" E(10)

Algumas vezes aproxima-se do indivíduo, ao marcar uma matriz ideológica para todos os problemas.

"Como o trabalho não é neutro nem isolado, os problemas não são isolados e sim interligados, ligados a uma lógica, a uma intencionalidade". E(4)

Em outros momentos, a marca do problema relaciona-se com questões salariais.

"Eu acho que é um problema no meu trabalho o salário por exemplo, porque você sempre dando o máximo que você pode e o salário não condiz. Você precisa lançar mão de outro emprego, isso me causa cansaço físico, mental e desconforto". E(17)

Problemas de comunicação são colocados, mas de igual forma, a localização do problema está na não compreensão pelo outro do que é externado na fala produzida pela interação profissional e usuário.

"Esse problema da língua diferente é um problema porque as pessoas elas não são iguais a gente, então elas tem um nível de esclarecimento muito diferente, então parece que elas não entendem o que você fala(...), porque eu até perco bastante tempo com as

*peessoas mas eu falo e falo e às vezes elas não entendem". E(13)*

Aqui o ato de comunicação é particularidade de um ser pensante que pensa sozinho. Talvez o problema resida aí. Freire (1985:66) já dizia que "o sujeito pensante não pode pensar sozinho; não pode pensar sem a co-participação de outros sujeitos no ato de pensar o objeto. Não há um 'penso', mas um 'pensamos'. É o 'pensamos' que estabelece o 'penso' e não ao contrário."

Poucas vezes a exterioridade colocada aos problemas aproxima-se do perfil desenhado para o trabalho por esses mesmos agentes no início desse capítulo. Um trabalho preocupado com atividades de promoção e prevenção à saúde, com ações de base coletivas.

*"Mas o que mais me aborrece e que eu acho que é um grande problema é o número excessivo de pacientes, isso para mim realmente é um problema. Por mais que você faça, por mais que bote profissionais para trabalhar, por isso que eu estou dizendo para você que o problema maior das pessoas não é a doença, eu acho que é o problema social e econômico que o país vive, porque quanto mais pessoas você botar aqui para atender, mais pessoas você vai ter, não é possível que seja uma área tão doente(...). A doença existencial das pessoas é uma coisa muito importante. Então isso me aborrece, é aquela coisa que nunca você consegue vencer o teu ideal, de você atender com calma, paciência, ter calma para explicar de demorar o tempo que for necessário com o paciente". E(16)*

Enfim, seguindo variações com referência ao conteúdo, a natureza dos problemas permanecem sempre



exteriores aos agentes do trabalho. Neste sentido, não é de se estranhar a ausência enquanto problemas de necessidades de conhecimento. Esses, se forem vistos enquanto problemas, necessariamente colocam os agentes no centro, na matriz dos mesmos, transformando-os em sujeitos desses problemas no cotidiano de seus trabalhos.

Seguindo a mesma lógica de definição de problemas, sua identificação não passa por mecanismos institucionalizados, estando normalmente ligada a observações pessoais.

*"Identifico através da observação, identifico através das falhas das pessoas, dos profissionais, através da dinâmica da unidade, se está fluindo bem ou não, e através das minhas insatisfações". E(3)*

Da mesma forma que os problemas são exteriores aos profissionais, sua solução tende a ter sempre soluções individualizadas, ainda que a natureza do problema relacione-se com dúvidas que, em última instância, são problemas que se assentam no campo do conhecimento.

*"Ah! quando surge algum problema ou eu fico com alguma dúvida, se for assim alguma coisa no setor de curativo, eu venho e chamo o médico, ele vai lá olha e me orienta como eu devo fazer. Na vacina, eu vou chamar a enfermeira e ela me orienta. Eu chamo sempre um superior, até mesmo colegas para perguntar". E(7)*

Da mesma forma, as soluções são individualizadas com relação a problemas de outra natureza que não o conhecimento.

*"Todos os problemas eu procuro encaminhar da forma mais simples possível(...). Então quando eu recebo qualquer problema eu procuro encaminhar usando o meu bom senso, eu uso muito o meu bom senso". E(12)*

Ou como demonstra a seguinte fala:

*"Quando um problema está relacionado à estrutura dos serviços, eu vou identificar, se for uma informação que eu tenha de pronto eu oriento, se não, eu busco o setor para me dar sustentação". E(6)*

Enfim, a resolução dos problemas identificados enquanto problemas do trabalho, segue sempre um caminho individualizado, o que é coerente com a própria postura dos agentes do trabalho diante do que consideram como de fato um problema: a sua não percepção enquanto sujeitos envolvidos na determinação dos mesmos. Finalizando, a seguinte fala expressa bem este tripé identificação/problema/solução da forma como foi observada na investigação.

*"Problemas existem, então eu procuro não me apavorar com as dificuldades, os problemas estão ali, precisam ser resolvidos, mas acima de tudo você precisa ter tranquilidade(...). Se não resolver, procurar dividir com outro que possa te ajudar. Agora identificar alguma coisa como sendo problema, a gente tem sensibilidade, a gente sente". E(8)*

Em resumo, o que podemos observar com relação ao olhar que os agentes constroem sobre os problemas do seu trabalho é que os relacionam como externos ao próprio profissional. A busca de soluções é marcadamente a nível pessoal, individualizado e setorizado. A

reduzida busca por soluções institucionalizadas, tem possivelmente como consequência a não conscientização da demanda educativa gerada pela própria dinâmica do trabalho. Também como resultante desse conjunto, a demanda educativa aparece mencionada ao longo deste capítulo como quase sempre externa ao próprio funcionário. Porém este aspecto será melhor discutido nos capítulos que se seguem.

Observamos ao longo deste capítulo, que os agentes do trabalho percebem seu trabalho relacionado a uma modalidade de assistência que se espelha nos modelos de atenção primária a saúde, com predomínio de atividades de promoção e prevenção, onde o caráter de prevenção está ligado a trabalhos educativos. Por outro lado, constroem o objeto do trabalho em saúde com referência ao modelo construído pela saúde pública e ao mesmo tempo definem o consumo de tecnologias materiais dentro do espaço dado para o nível de complexidade em unidades básicas de saúde. Com relação ao conhecimento enquanto tecnologia não material, são priorizados no dia a dia os saberes que possuem uma correspondência com ações de saúde de alcance mais individualizado. Quando há demanda por conhecimentos específicos pode ou não vir associado ao processo de trabalho. Por fim, a identificação dos problemas do trabalho é dada por mecanismos não institucionais, onde os agentes estão sempre distantes de sua construção, bem como suas soluções possuem um caráter individualizado e setorizado.

#### **4. EDUCAÇÃO E TRABALHO:**

##### **A LÓGICA DA (DES) CONSTRUÇÃO.**

"A realização da tarefa pedagógica implica a compreensão da experiência vivida em suas contradições, para elevá-lo, transformando-a em conhecimento, capaz de gerar além do pensamento, uma ação política organizada. Afinal o vivido sem conceito é cego."

**Carlos R. Jamil Cury**

#### **4.1 INTRODUÇÃO**

Finalizamos o capítulo anterior, visualizando a relação que os agentes do trabalho em saúde estabelecem com seu processo de trabalho, e possibilidades que têm para problematizá-lo. A partir dessas possibilidades, iniciaremos o presente capítulo, tentando observar como os problemas do trabalho são ou podem ser transformados em processos educativos no interior das unidades de saúde. Dentro dessa perspectiva, avaliaremos, junto ao grupo gestor, os parâmetros potenciais a serem utilizados na construção de um processo de educação para a força de trabalho em saúde.

Dando seqüência, procuraremos destacar as necessidades educativas demandadas pelos agentes do trabalho, caracterizando os diversos formatos que assumem, bem como o grau de participação dos profissionais das unidades em sua definição. Por outro lado, a partir da fala dos gestores, tentaremos identificar os elemen-

tos obstaculizadores aos processos educacionais propostos pelo nível central.

Através dos discursos referentes ao grau de mobilização dos agentes com relação aos processos educacionais, faremos algumas considerações no que se refere ao valor por eles atribuído às práticas educativas dirigidas aos profissionais das unidades.

Por fim, propomo-nos a analisar a adequação das propostas educacionais advindas do nível central aos problemas vivenciados no cotidiano do trabalho. Com isso, teremos um desenho das práticas educativas nos serviços de saúde, relacionando essas práticas, com a motivação e a aderência, com a construção de demandas e adequação de propostas externas às unidades e aos problemas vivenciados pelas mesmas, sempre tendo como referência o processo de trabalho em saúde.

#### **4.2 PROBLEMAS DO TRABALHO × PROCESSOS EDUCATIVOS: UMA EQUAÇÃO (DES) IGUAL?**

"O meu trabalho é um trabalho educativo. Eu acho que pode ser transformado em programa educativo, se eu estiver preparada. Porém se eu estiver preparada para isso, aquilo que é problema deixa de ser, vira só o trabalho educativo."

**Entrevista 15**

Quando analisamos as possibilidades de que algum problema do cotidiano do trabalho possa ser transformado em projetos educacionais no interior dos serviços de saúde, duas questões surgem de imediato: a necessidade de clarear a compreensão que se tem sobre



"o que é ou não educativo", ou como se dá "o ato educativo" por parte dos agentes das falas; e a dicotomização dos termos educação x treinamento, como se cada uma dessas palavras respondessem a campos específicos e não complementares de intervenção. Educação, projeto educativo ou programa educativo referem-se aos aspectos educacionais da relação agente/usuário. Treinamento, reciclagem ou atualização são os termos utilizados por esses mesmos agentes para responder às questões educativas propostas aos próprios agentes do trabalho em saúde.

*"Você tem uma porta de entrada, que o administrativo consegue de uma certa maneira passar uma informação, orientar, dar um encaminhamento, dar uma solução. Para mim, eu já estou fazendo um programa educativo, já é um processo educativo. (...) Se eu conseguir passar algum tipo de informação desde a porta de entrada até o final do atendimento, eu estou executando um programa educativo para esse usuário." E(3)*

A fala seguinte tenta aprofundar esse olhar referido à ação educativa, expressando a visão de que, não só qualquer ação de saúde pode ser vista como uma ação educativa em potencial, mas que também é importante a percepção que se tem do sujeito que compõe o outro lado da relação para a realização do ato educativo.

*"Todos os profissionais na sua relação com o usuário exercem uma atividade educativa, se é que a gente considera que o usuário não é um espectador, não é um cliente, ou seja, aquele passivo, que se deve submeter às normas, senão seria uma contradição(...). As pessoas que vêm para o tratamento são pessoas como nós,*

*e devem estar dentro desse processo, e é isso que direciona o nosso trabalho, e é aí que se entende como se desdobra a atividade em ação educativa."* E(6)

Como já visto no capítulo anterior, quando se fala mais uma vez em problemas do trabalho, as falas os apontam como exteriores ao sujeito, como se esse não se percebesse enquanto agente e portanto ator na construção e resolução de problemas que se embrionam no próprio processo de trabalho.

*"Os problemas é quando tem mais de uma pessoa que tem uma dificuldade, você vê uma, vê outra e outra, e aí dá para fazer um programa. Você forma um grupo com os usuários e vai orientando, tirar dúvidas, esclarecer."* E(2)

Essa exteriorização dos problemas reforça uma concepção de trabalho, onde este é visto como um objeto, coisa, função ou tarefa, e que, portanto, não produz aderência dos sujeitos envolvidos na sua execução. Dessa forma, como afirma Frigotto (1989:14), "perde-se a compreensão, de um lado que o trabalho é uma relação social; e de outro, de que o trabalho é a relação social fundamental que define o modo humano de existência". Todavia, pode-se pensar que essa exteriorização tem origem em uma nova redefinição da categoria trabalho proposta por alguns autores como Offe. Esse autor, citado por Deluiz (1994:59), menciona que "há crise de identificação na consciência dos trabalhadores, especialmente manifesta no caso dos jovens, para os quais a empresa, a profissão e o conflito de interesses não são mais compreendidos como centro de suas vidas, retirando-se mental ou realmente da vida regular

do trabalho, procurando seu futuro à margem ou mesmo fora do sistema estabelecido." Portanto, se o trabalho não é categoria fundamental, não pode trazer um valor significativo para a vida das pessoas. Consequentemente, onde não há relevância, há dificuldades na representação de problemas.

*"Eu acho que a gente sempre aprende com os problemas, mas o difícil aqui é a gente encontrar a solução para isso, entendeu? A gente até poderia saber o caminho, mas é muito difícil entrar por esse caminho, porque as pessoas são muito carentes, o sistema é muito complicado e esse tipo de obstáculo dificulta muito na ação educativa." E(13)*

Para além da exteriorização dos problemas, as soluções dos mesmos passam muitas vezes por dificuldades sempre exteriores ao agente, levando, inclusive, a uma certa inércia, no que se refere à possibilidade de algum movimento direcionado ao enfrentamento dos obstáculos antevistos pelos próprios agentes. De qualquer forma, tanto a concepção burguesa de trabalho, alertada por Frigotto que o reduz a um objeto, a uma mercadoria que aparece como um trabalho abstrato e geral, como a redefinição da categoria trabalho observada por Offe, podem contribuir para o que chamamos de "(des) sujeitação" dos agentes, com referência ao seu posicionamento diante da categoria trabalho como espaço privilegiado na configuração de demandas educativas, e, por conseguinte, na construção de alternativas educativas para seu enfrentamento. Por outro lado, essa inércia aproxima-se de uma outra característica frequentemente apontada na fala dos agentes: a rotinização do trabalho, acarretando uma certa passividade com relação

a assumir posturas mais ativas no sentido de formular estratégias que possam melhorar o seu processo de trabalho.

*"Eu acho do que a gente vê como problema, a gente vê o que está acontecendo com maior frequência no nosso atendimento, e sempre tenta colocar isso num modelo educativo. Antes a gente conseguia isso com mais facilidade, agora a rotina está ocupando um tempo que eu não consigo fazer. Nem um grupo de mães eu consigo fazer." E(11)*

A desmotivação para o trabalho decorrente das características que vêm sendo apontadas reaparece como um problema a ser enfrentado, funcionando como um obstáculo à própria construção de projetos ou programas educativos.

*"(...), se ele tiver que optar entre o serviço público e um consultório ou uma cirurgia, ele vai optar pelo consultório, pela cirurgia, quer dizer, o serviço público para ele não é fundamental, é uma estabilidade que ele tem para o futuro.(...), a questão do problema em tentar transformar em programas educativos, eu acho que vai mais por uma questão de estímulo, a gente tenta colocar para ele a importância do trabalho dele aqui dentro da unidade, da importância principalmente para a comunidade de usufruir do trabalho dele." E(3)*

A revalorização do trabalho parece ser um objetivo a ser perseguido. Um dos caminhos propostos têm sido pensar formas que resgatem os agentes para o seu trabalho, trazendo novas motivações que propiciem uma maior aderência e um maior compromisso dos mesmos para as ações de saúde desenvolvidas. Uma das estraté-

gias propostas na direção de tais objetivos relaciona processos educacionais com prêmios ou estímulos, ofertados aos profissionais que se mostrarem mais engajados em seus processos de trabalho.

*"Tem que dar estímulo, seja na forma de satisfação com o lugar de trabalho, seja na questão de cursos, de premiar ele com cursos." E(3)*

Não se deve esquecer, como bem lembrado na discussão do grupo focal, que, independentemente da forma como os agentes entendem o que é o ato educativo, ou de sua mobilização ou desmobilização para esses atos a partir do processo de trabalho, estamos falando de educação, portanto, estamos falando de algo que possui um forte componente ideológico.

*"O grupo começou de uma discussão já até filosófica e bastante conceitual, mas na verdade não é nem isso, é uma questão maior, até mais fundo, que é a questão ideológica, e eu engrosso essa corrente que educação você começa a discutir pela ideologia, na medida que ela vem sendo utilizada ideologicamente como força de dominação." (GF)*

Dessa forma, a percepção que os agentes possuem da relação educação-trabalho, das formas de enfrentamento sob o ponto de vista educacional, dos problemas vivenciados no trabalho, não estará isenta de uma forte marca ideológica. Não há como pensar educação, sem vislumbrar a perspectiva de que mais do que uma prática social, é uma prática que perpassa todas as práticas sociais. E, como prática social, expressa uma doutrina pedagógica, a qual implícita ou explicitamen-



te, se baseia em uma filosofia de vida, concepção de homem e de mundo.

O que de fato podemos observar ao longo das falas já apresentadas é a caracterização dos programas educativos vinculados a problemas de compreensão ou falta de conhecimentos por parte do usuário, portanto, sem a participação do agente, como se o ato de educar conferisse poder a quem educa, fragilizando ao mesmo tempo o ser educado. Nesse sentido, ao longo de todas as falas, educação, ato educativo ou programa educativo, nunca são relacionados a projetos que incidam sobre os agentes do trabalho.

Por outro lado, o fato de alguns agentes definirem como problema algum erro ou ação mal formulada ou operacionalizada de forma equivocada, é coerente com o modelo desenhado acima, resultando como estratégias de resolução, intervenções que não ultrapassam os limites individuais, poucas vezes envolvendo um coletivo de agentes e raramente se institucionalizando.

*"Os problemas te servem de experiência, a gente acaba quebrando a cara no primeiro, aí no segundo a gente já passa adiante, orienta melhor, tenta melhorar, ver o que a gente errou na abordagem". E(9)*

Quando ultrapassam o espaço individual, circunscrevem um envolvimento limitado aos colegas de trabalho ou às chefias imediatas.

*"Alguns problemas são identificados no trabalho, no setor, podem se transformar em programas educativos da seguinte forma: eu levo sempre à chefia imedi-*

*ata a necessidade de mudar alguma coisa, porque daquele jeito não deu certo ou não vem dando certo há muito tempo. Então se faz uma discussão com as chefias, eles concordando ou consultando outros colegas, mudam."*  
E(17)

Em uma das falas, surge a tentativa de institucionalizar a solução de problemas oriundos do trabalho. Apesar de ser um discurso isolado, acreditamos já ser um indício de que há no ambiente de trabalho possibilidades de reversão do quadro visto até então. O fato de se produzir uma fala dissonante do quadro geral propicia o começo de mecanismos contra-hegemônicos de enfrentamento de um locus de trabalho institucional, construído historicamente com um papel explícito de adequação da força de trabalho às finalidades da produção. A fala torna-se, assim, importante ferramenta de uma possível (re) sociabilidade do agente, com referência a possíveis rupturas no interior de uma instituição ainda fortemente marcada por pressupostos ideológicos tayloristas. Nesse sentido, Arruda (1989:67) nos adverte dessa importância na definição de uma estrutura contra-hegemônica ao discurso dominante e aponta: "falando, o agente se reapropria da sua subjetividade, redescobre a sua identidade singular e assim começa a superar o antagonismo social da relação de alienação e opressão, na qual ele se submetia à subjetividade dos que tinham voz".

*"Eu acho que se você diagnostica um problema, fica muito difícil você tentar solucionar isso sozinho. Então eu acho que da mesma forma que você pode promover palestras para passar conhecimentos, você também poderia ter um horário para discutir problemas. (...) A gen-*

*te só vai conseguir melhorar o trabalho, se a gente juntar, conversar, e identificar o problema, senão eu fico reclamando, o outro fica reclamando e ninguém resolve nada."* E(16)

Uma outra característica da pouca visibilidade apresentada pela relação educação-trabalho consiste no significativo número de falas ausentes, sem respostas - *"passa para outro assunto que agora eu não estou sabendo"* E(10) - de perplexidade - *"atividade educativa? Não sei como, não tenho idéia"* E(7) - diante de uma abordagem que tenta problematizar essa relação.

O que podemos perceber das possibilidades dos agentes estarem problematizando o seu trabalho e, a partir daí, construírem estratégias educativas para seu enfrentamento, são dificuldades advindas de uma percepção de problema como algo sempre distante do agente, configurando sua ausência como sujeito de seus problemas. Mais uma vez, a resultante acaba sendo a busca por soluções individuais, quase sempre pontuais. Além disso, onde deveria aparecer compreensão quanto à relação trabalho-educação, surge muitas vezes a perplexidade, como se problemas do trabalho e processos educativos fossem coisas muito distantes e distintas, não podendo existir enquanto relação.

#### **4.3 PRÁTICAS EDUCATIVAS:**

##### **CONSTRUINDO NOVAS E VELHAS DEMANDAS.**

Da mesma forma como foi visto na seção anterior, aqui, quando os agentes foram estimulados a falar sobre as necessidades educativas na sua unidade,

num primeiro momento a tendência foi sempre responder sobre atividades que se relacionavam com processos direcionados para a população adscrita à unidade, mesmo que, no bojo da questão colocada, contivesse uma referência explícita de que se tratavam de atividades direcionadas aos funcionários da unidade. Dessa forma, não foram raras questões como, *"é necessidade da gente esclarecer as pessoas, ensinar coisas?"* E(5), ou, *"você fala assim dos cursos que eles chamam a gente a fazer, ou as atividades educativas que a gente desenvolve aqui com os usuários?"* E(10), bem como a necessidade de intervenção por parte do entrevistador, após toda uma fala com relação a atividades com a população, de explicitamente recolocar a questão na dimensão de atividades voltadas para os agentes do trabalho. Assim sendo, o material analisado contém dois tipos de informações: uma referente às atividades relacionadas aos processos desenvolvidos com a população, e outro que se refere aos processos que se desenvolvem junto aos agentes do trabalho em saúde. Detivemo-nos no segundo aspecto mencionado, em coerência com os objetivos da investigação. Ressaltamos, contudo, que as falas referentes à primeira dimensão apontada, em vários momentos, ajudaram na compreensão de aspectos relacionados à segunda.

#### 4.3.1 DO SURGIMENTO DAS DEMANDAS

As necessidades por atividades educativas surgem, no interior das falas, de diferentes espaços ou motivações. No intuito de uma melhor compreensão, e sem a pretensão de construir amarras que dificultem uma certa flexibilização necessária com relação aos conteú-

dos produzidos, iniciamos nossa análise a partir de uma classificação proposta numa das falas.

*"As necessidades surgem de várias formas. Uma pela questão da própria unidade, do que se quer implantar na unidade, então seria uma coisa mais de gerência. Também tem a questão dos profissionais mesmo, da necessidade que eles sentem de fazer um treinamento, por exemplo a questão da AIDS, estou precisando capacitar porque eu percebo que tem gente no consultório e eu não consigo, não sei como lidar. Então tem a percepção do profissional e tem a percepção da gerência. Fora isso, tem também o interesse do profissional que não precisa estar relacionado com o serviço da unidade." E(3)*

De uma forma algo artificial porém didática, a fala acima situa as necessidades educativas em três dimensões: a) vinculada aos projetos da gerência; b) vinculada às necessidades sentidas pelos profissionais no seu trabalho; c) necessidades dos profissionais por conhecimentos que não se relacionam com o seu trabalho. A essas três características, acrescentaríamos uma quarta, relacionada a demandas criadas com intuito de premiação de funcionários mais envolvidos com o processo de trabalho da unidade, como já referido na seção anterior. Na prática, o que encontramos é uma combinação de dois grupos na conformação de um perfil de demandas, podendo-se observar uma ligeira recorrência das falas do primeiro grupo com relação aos demais.

A definição de demandas educativas situadas em níveis hierárquicos de poder, normalmente vistos pelos agentes como os níveis de gestão, quer central,



quer nas próprias unidades, permeia com intensidade as falas desses agentes.

*"Com relação a treinamentos, é importante que as pessoas se mantenham recicladas, a própria secretaria está investindo nisso. (...) Eu acho que as pessoas têm que se organizar para se reciclar, as coisas se modificam no dia a dia, o que foi feito no ano passado, esse ano já pode não ser assim(...), a gente investe nisso, a gente aperta um pouco a nossa rotina para as pessoas saírem para se reciclar, e a secretaria tem oferecido propostas de reciclagem, tem oferecido oportunidades." E(12)*

Essa oferta do nível central pode vir mediada com propostas de menor intensidade, surgidas e operacionalizadas pelo nível local, configurando-se numa demanda de caráter misto.

*"A gente às vezes consegue identificar coisas e, nessa articulação, encaminhar, solicitar então um treinamento. Mas a maioria das vezes esse treinamento é proposto de uma forma já pronta, e a gente então encaminha o número de profissionais que for possível. Às vezes a gente dá conta sem ir a outras instâncias, a gente faz com os recursos que a gente tem. Mas normalmente as coisas vêm colocadas e a gente então se adequa a isso encaminhando aquilo que foi pedido." E(1)*

A fala acima, além de demonstrar a força das demandas criadas a nível central, ainda que estejamos vivendo uma época em que muito se fala de necessidades que devam surgir o mais perto possível dos atores do trabalho, mostra também um certo conformismo com a situação, como se esse fato fosse algo já dado, portan-

to não passível de discussão. Não se questiona sequer a possível adequação das propostas ao perfil dos trabalhos desenvolvidos pela unidade, ou às necessidades demandadas pela mesma. Essa ausência de questionamentos possivelmente está ligada à exterioridade dos problemas já abordados, e que tem como consequência a não visibilidade por parte dos agentes da real possibilidade de traduzir problemas em necessidades. Porém, parece-nos que outros fatores possam estar vinculados a esta passividade, possivelmente ligados à estrutura organizacional das instituições no que se convencionou chamar de "cultura institucional". Contudo, este tema será melhor abordado num outro momento desta seção.

Todavia, a força que hoje o nível central tem na construção e definição das demandas educativas para o nível local encontra sua legitimidade inclusive no próprio discurso dos agentes do trabalho. Estes, num aparente paradoxo, ao mesmo tempo que reconhecem como núcleo central de origem de demandas o cotidiano do trabalho, delegam sua construção enquanto possibilidade de um processo educativo ao nível central.

*"A necessidade é essa, você ficar esclarecido para você passar. Ela surge a partir das necessidade do dia a dia, você vai vendo, e você vai querendo esses cursinhos, essas coisas para você melhorar. Agora virar curso, isto é da secretaria, que vê a oportunidade e convoca a gente a participar." E(2)*

Uma outra característica dessas demandas, que têm origem a nível central, é sua estreita vinculação à necessidade de implantação ou implementação de

programas de saúde, normalmente concebidos e organizados a nível central.

*"Geralmente nós temos aqui duas formas de demanda, uma da instituição que tem metas, tem programas a implantar e acompanhar e busca a participação das pessoas. Outra, uma demanda nossa em termos de ação educativa, ligada à dificuldade das pessoas por falta de informação de como é os programas, de quais são suas normas." E(6)*

Possivelmente, essa concentração de poder a nível central, no sentido da definição de demandas para o nível local, seja a responsável por uma característica que já aparece nesse momento das falas e que se tornará recorrente em outros momentos desse capítulo: o descompasso entre o que se aprende e as reais possibilidades de utilização do conhecimento adquirido no cotidiano das unidades de saúde.

*"Você sempre tem que estar se aprimorando, mas também tem que dar valor àquilo que você estudou também. Você faz um curso, eu fiz um curso que eles ofereceram à unidade, e o programa não anda, isso desanima, aí ninguém quer mais fazer, vou fazer porque se o programa não anda?" E(9)*

Muitas vezes, esse descompasso pode estar relacionado a um certo caráter arbitrário para a definição de demandas. Não é o caso de desqualificar as instâncias centrais no seu papel de definidora de políticas de investimentos, na sua competência de definir certas prioridades políticas, mas sim de incorporar às suas propostas mecanismos que possibilitem construir estratégias que, sem negar as prioridades políticas de

gestão, possibilitem a construção de demandas mais horizontais que, em última instância, pressupõem uma maior legitimidade das mesmas com referência aos reais problemas gerados pelo trabalho. Nesse sentido, falas como a seguinte poderiam, se não suprimidas, ter pelo menos sua intensidade diminuída.

*"Aqui eu já te falei, eu faço o meu serviço, eu não participo em mais nada aqui. Eu fiz até um curso de saúde da mulher, fiz porque eles me perguntaram se eu queria fazer, e eu fiz. Só que eu ainda não estou trabalhando nessa área."* E(7)

A fala acima, além de mostrar mais uma vez esse descompasso entre o proposto e as possibilidades de se operacionalizar conteúdos e técnicas aprendidas, também retorna à discussão de uma certa passividade com relação às demandas ofertadas. O que é oferecido é aceito sem grandes questionamentos.

Essa aparente postura passiva pode se relacionar com as formas de organização institucional, que permitem definir certos comportamentos desejáveis, e suprir, por mecanismos "disfarçados", aqueles não desejáveis. Bordieu-Passeron (1975:44) e sua teoria da violência simbólica bem demonstram essas particularidades institucionais ao avaliar o trabalho pedagógico, "como um trabalho de inculcação que deve durar o bastante para produzir uma formação durável; isto é, um habitus como produto da interiorização dos princípios de um arbitrário cultural, (...) e de perpetuar na práticas os princípios do arbitrário interiorizado". É reforçada, assim, a compreensão de educação não como um processo, mas como instrumento de ação de um agente sobre o edu-

cando, uma situação em que existe um agente que deve ensinar e um outro que deve aprender.

Ao considerarmos as instituições de saúde como instituições pedagógicas de educação não formal, a partir da classificação dada por Cury (1995:106), e com referência ao grau de eficácia deste tipo de instituição na produção e reprodução de determinado tipo de mão de obra, o referido autor assim se pronuncia: "essas instituições podem servir melhor às estruturas de dominação, com a vantagem adicional de cumprir funções de treinamento e de condicionamento sem a criação de desejos e direitos que a escolarização formal enseja". Sendo assim, não é possível tomar a estrutura organizacional como algo dado, não questionado, que concebe a atividade técnica como simples operacionalização de funções nos quais via de regra, como afirma Cardoso de Melo (1991), as contradições institucionais são deslocadas do plano estrutural para o plano das relações interpessoais concebidas de modo mecânico e restrito.

Como resultante dessas questões, cria-se no imaginário dos agentes o desejo por novos conhecimentos mas a certeza inquestionável de que ele não ocupa um lugar institucional de produção de ações que tenham como resultante conhecimentos aplicáveis ao seu cotidiano. Mas do que isso, legitimam espaços fora da unidade como os únicos responsáveis pela construção dos processos educativos que incidirão sobre o seu trabalho.

*"Chamar a gente assim para cursos, simpósios, nada eles nunca me chamaram, eu nunca fui a nada, é o que eu estou te falando, o que a gente desenvolve aqui é em relação à população. Eu acho que falta muito, fal-*



*ta isso de eles promoverem cursos para a gente, quem sabe até direcionando mesmo para cada categoria profissional." E(10)*

Ou ainda de forma mais explícita quanto à delegação ao outro da função de ofertar possibilidades educativas, assumindo, inclusive, que o cotidiano da unidade acaba por predispor a uma certa displicência, quase ausência dos agentes na construção de um papel mais ativo frente às demandas ofertadas.

*"Eu sinto falta de alguém aqui que chegue e diga: oh! Vai ter um curso, está interessada em fazer? Porque se você estiver interessada, você vai procurar, vai ler. Mas às vezes você sabe, passa ali, assina o ponto, vai direto atender, quando passa um dia, dois, quando vê ih! Já passou." E(11)*

Por outro lado, o grupo gestor, responsável pela área de desenvolvimento de recursos humanos no município, produz algumas falas que se colocam na contramão das falas produzidas pelos agentes de nível local, com referência à construção das demandas educativas.

*"São iniciativas pessoais, a gerência das unidades entendeu? Que sentem como se fosse assim, ocorreu problemas que elas têm impressão tá, que sejam sanáveis através de cursos e treinamentos, e consolidam isso como educação continuada, quando às vezes não é, entendeu?" (GF)*

Mas do que na contramão, para alguns membros desse grupo gestor existe um desqualificação do trabalho do departamento por parte do nível local, algo

como um mecanismo de não legitimação dessa instância como espaço de construção das políticas para o setor.

*"A pessoa fala assim: não adianta você trazer essas coisas de cursinho para cá não porque a gente não pode, está ocupado.(...) E o pessoal falou exatamente isso para mim; a gente está super ocupado, não temos tempo de ficar não sei quantas horas, temos mais o que fazer.(...) A divisão é vista muito assim como a divisão dos cursinhos, tem gente que até apresenta a gente assim, aquele pessoal ali que sabe dos cursinhos.(...) Essa coisa de falar cursinho, pra começar já pelo diminutivo, já diminui mesmo." (GF)*

Dessa forma, a instituição apresenta-se também como um palco de lutas e contradições. Por conseguinte, abriga um quadro cultural heterogêneo que converge em lutas por espaços de legitimação de cada projeto político. Esse espaço de lutas acaba por legitimar alguns grupos ao mesmo tempo que deslegitima outros. Existe, nos dizeres de Quintana et al (1994), uma distribuição desigual de poder, construindo hierarquias rígidas que definem as regras técnicas de funcionamento, e configurando um território altamente conflitivo e complexo. Nesse sentido, as áreas de desenvolvimento de recursos humanos nos serviços de saúde, por serem áreas de recente construção nas estruturas institucionais, ainda lutam pela legitimação de seu espaço político.

É preciso também tentar compreender e diferenciar o que se constrói enquanto discurso institucional do que efetivamente é cobrado no sentido de produção de serviços. É preciso ter claro o valor atribuído pela instituição a cada ação proposta. Estas questões

levam muitas vezes a um quadro de aparente confusão como o visto nas últimas falas, onde os agentes de nível local não negam o desejo de serem alvos mais frequentes de processos educacionais. Há porém, ao mesmo tempo uma aparente desqualificação por parte desses agentes as instâncias promotoras dessas políticas.

Nesse palco de lutas, há espaços para o surgimento de mecanismos contra-hegemônicos à prática dominante, com referência à construção de demandas por processos educacionais. Estamos aqui caracterizando, como um perfil dominante, demandas majoritariamente definidas pelo nível central, nível esse que, nem sempre localiza-se na área de desenvolvimento de recursos humanos, estando muitas vezes no município de Niterói, ligado à Superintendência de Ações Coletivas e Ambulatoriais, instância responsável pela gerência das unidades básicas de saúde, onde os chamados programas de saúde são operacionalizados. Esses mecanismos contra-hegemônicos, a nosso ver, são definidos como demandas que começam a ser construídas pelos agentes, a partir de motivações relacionadas ao seu processo de trabalho. Reconstruir propostas dentro desse quadro requer, muitas vezes, níveis de tensão entre o desejo do profissional, contrastado com o proposto pelo nível central.

*"Olha, vem dos dois lados, vem da necessidade do profissional mesmo que chega à conclusão que é necessário, e surge de uma necessidade, de uma determinação de cima para baixo. (...) Então a gente tem duas forças, a força de quem está trabalhando e sente a necessidade de criar, e aquela coisa determinada que vem de cima para baixo, e te dá tudo que você precisa."*  
E(9)

Algumas vezes, essas necessidades aparecem ligadas a conteúdos que não são necessariamente traduzidos enquanto temas específicos mas que, com clareza, caso fossem ofertados, reverteriam em melhoras do processo de trabalho.

*"No meu caso, fico achando que eu tenho que ser treinada nas coisas técnicas porque isso alivia um pouco, vamos dizer, assim, o trabalho do dentista e melhora o meu trabalho. Se eu for aprender determinadas coisas, determinada coisa eu não vou ter que passar para o dentista."* E(5)

Outras vezes são apontados temas específicos, alguns destes referentes a lacunas deixadas pela graduação, podendo, inclusive, serem sugeridos espaços intra-unidade para construção e operacionalização dessas demandas.

*"Eu sinto muita falta de orientação nutricional, que é uma coisa que eu não tive na minha graduação, o mesmo aporte que eu também não tenho de psicologia médica. Então outro dia eu sugeri; a gente tem tantos profissionais, de tantas áreas, porque a gente não faz uma reciclagem para nós mesmos.(...) Então isso eu acho que falta aqui, da gente ser mais incentivado naquilo que a gente faz. Por exemplo, ninguém nunca chegou para mim e falou: porque você não dá uma palestra sobre hipertensão, que é o que eu mais faço na minha vida, eu há dez anos trato hipertensão."* E(16)

Incluídos num terceiro grupo se encontram demandas que partem dos agentes mas que não se vinculam com o trabalho desenvolvido na unidade. Usualmente, vêm relacionadas a interesses pessoais, sendo às vezes es-

timulado como prêmio pelas chefias das unidades, pelo maior envolvimento e compromisso demonstrado pelo trabalho.

*"Geralmente assim quando tem curso que você se interessa em fazer, palestras, congressos, e isso sempre tem (...), aí vai muito de cada um, se interessa a ele ou não fazer, quanto a isso não tem problema algum, a unidade sempre libera a gente para participar(...), mas vai muito da necessidade de cada um, numa área que lhe interessa, entendeu?" E(14)*

O que de fato podemos observar com relação ao surgimento de necessidades educativas é que, em sua maior parte, estão vinculadas a projetos institucionais, muitas vezes atrelados a programas de saúde, sem necessária correspondência com as necessidades apontadas pelo nível local. Todavia, de alguma forma já surgem necessidades estritamente relacionadas com problemas de conhecimento gerados pelo próprio trabalho. Porém, ainda se encontram dificuldades operacionais a nível local para dar respostas a esse tipo de demanda. Percebe-se muitas vezes que, apesar do reconhecimento de que o cotidiano do trabalho é um espaço privilegiado de geração e até configuração de demandas, ainda assim, a instância legitimada para operacionalização das mesmas localiza-se a nível central. Por fim, demandas surgidas no nível local, sem qualquer vinculação com os problemas do trabalho podem ser observadas.

#### 4.3.2 DA CONSTRUÇÃO DAS DEMANDAS

Aprofundando as discussões iniciadas nesta seção, observaremos como os diversos atores institucio-



nais, quer ao nível local, quer a nível central, participam na construção das demandas educacionais. É claro que, possivelmente, esta participação ou envolvimento em sua construção terá uma correspondência na forma como surgem essas demandas, observadas no item anterior. Também nos parece óbvio que a estrutura organizacional da instituição possibilitará maior ou menor acesso desses atores a essa construção. Contudo, vejamos o que dizem as falas.

O surgimento de demandas fortemente localizadas em instâncias de nível central reduz as possibilidades de uma maior participação na construção das demandas dos agentes de nível local.

*"Não, eu não participo. Elas ficam sabendo, geralmente a chefia fica sabendo, que tem mais contato, porque recebe a correspondência do que está acontecendo, tem contato com a Fundação, fica sabendo das coisas e participa para a gente."* E(5)

Em certos momentos, a não participação vem associada ao fato de a natureza do trabalho relacionar-se a um modelo de assistência clínico, o que dificultaria uma efetiva participação na construção de formatos que incorporassem modelos diferenciados de assistência, numa clara contradição com o modelo desenhado pela maioria dos agentes no capítulo anterior. Apesar dessa justificativa, ainda assim há uma pequena abertura para futuras participações.

*"Não participo não. Porque meu trabalho aqui tem sido bastante prático em termos de atender as pessoas. (...) Eu venho aqui, atendo as pessoas no meu ho-*

*rário e vou embora. Eu também não fui convidada ainda para participar de nada disso." E(13)*

Nesse caso, além de justificar a sua não participação pela natureza do seu trabalho, atribui a outras instâncias o poder de concessão à sua participação, sendo esta, então, dependente de um convite. Passa a ser recorrente, dessa forma, atribuir a uma instância normalmente superior à sua do ponto de vista hierárquico, a legitimidade não só da construção de demandas, mas também na definição de quem tem voz no interior dessa construção.

*"Não, a gente dá até sugestão, mas não depende da gente. Porque tem pessoas, hierarquicamente tem pessoas, que montam esses treinamentos, que decidem esses treinamentos." E(2)*

Há também uma mistura do esperar ter voz a partir do acesso propiciado pelo outro hierarquicamente superior, com a queixa da pouca incidência concedida por este outro a processos educacionais que alcancem com maior intensidade os agentes de nível local.

*"Não, primeiro porque não vem até a gente essa solicitação. Segundo porque eu não vejo esses processos educacionais que você diz, acontecerem muito não." E(14)*

Todavia, apesar desse aparente imobilismo e passividade com relação à construção de demandas, já é possível detectar um movimento no sentido de romper essa prática que, em alguma instância, pode ser reforçada pela aparente debilidade da estrutura organizacio-

nal do nível local em produzir enfrentamentos mais consistentes aos reais problemas vivenciados pelo trabalho.

*"A gente estabeleceu que demanda educativa surge das necessidades do serviço, de uma organização melhor. Eu participo sempre que a solução está mais ligada a gente.(...) Claro que também é importante o tamanho do problema, de repente a gente tem uma necessidade que ultrapassa em muito a nossa capacidade de responder a ela, por mais que a gente tenha um bom profissional, de repente você precisa de uma estruturação muito maior né em forma de curso, o que a gente consegue resolver mais é treinamento em serviço." E(1)*

Reconhecer, de alguma forma, que existe um certo grau de acomodação na postura dos agentes com referência às indicações que surgem enquanto demandas, e que esses próprios agentes estão fora do eixo de definição e decisão dessas demandas, passa a ser um princípio importante na desconstrução de práticas, com características centralizadoras nos seus aspectos de conformação e operacionalização.

*"Não, eu não participo, eu já te falei sobre isso, eu comentei há pouco tempo atrás que as pessoas estavam até vendo isso, de realmente a gente participar, agir mais nessa parte. A gente fica assim muito automático, sem iniciativa. Eu acho muito importante nossa participação, tinha que ter um tempinho, não sei como, mas tinha que arrumar." E(7)*

Toda a instituição apresenta uma linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, ou seja, um discurso instituído, aquele que pode ser ouvido e acei-

to como verdadeiro e autorizado, e que, nos dizeres de Chauí (1981), denomina-se de "discurso competente". Cardoso de Melo (1991:14) situa esse discurso no lugar do especialista, localizado num determinado ponto da escala hierárquica organizacional. Para o referido autor, "estamos diante de um conhecimento instituído e não de um saber instituinte cuja eficácia depende do reconhecimento e da aceitação de que nem todos os homens possuem a condição de sujeitos". Dentro da lógica institucional, é preciso que essa condição possa ser de fato sentida como verdadeira pelos agentes institucionais, pois assim acreditarão que as ações propostas são verdadeiras, pois vêm balizadas por quem detém o discurso da competência. Porém, como bem qualifica Cury (1995:95), toda instituição é no sentido amplo, "uma maneira humana de colocar uma certa ordem no espontâneo". Nesse sentido, ela não só funciona como espaço de difusão das idéias de uma classe dominante, mas podem servir de espaço para a circulação de idéias contra-hegemônicas. Assim, o referido autor complementa: "ao darem uma certa ordem ao espontâneo, elas ao mesmo tempo que conformam, refinam, ao mesmo tempo que reproduzem também transformam". Essa transformação poderia ser vista em nosso caso como a participação dos agentes do trabalho, não só na construção mas também na definição das demandas educativas. Todavia, algumas falas, ao afirmarem sua participação nessa construção, fazem-no num discurso tão genérico, que é possível apenas apreender uma disposição geral em participar e não uma efetiva participação.

*"Sim, a gente sempre reúne, todo mundo é ouvido, a gente debate, tenta ver o que é preciso. Não é periódico, mas deveria ser." E(9)*

Ainda que modesta, para que de fato possa se consolidar em um processo educacional de caráter permanente, já se pode vislumbrar, mesmo que de pouca intensidade, uma intencionalidade, um desejo de que sua fala tenha ausculta.

*"Eu participo, e até faço questão de participar, porque eu dou idéias para que se faça alguma coisa, um esclarecimento, um curso." E(17)*

Todavia, é preciso reconhecer que para se estabelecer de fato um processo de educação permanente centrado no processo de trabalho em saúde, estaremos lidando com uma série de obstáculos, que envolvem o perfil institucional desenhado historicamente, a criação de uma cultura institucional que tem como consequência a construção de um "habitus", normalmente imposto a partir de referenciais de uma cultura que se expressa pela hegemonia de uma classe dominante sobre uma classe subalterna. Além disto, apesar da crise de modelos hoje impactante em diversos espaços da vida social, parece-nos que as instituições de saúde, mesmo as consideradas como mais avançadas com referência aos pressupostos de sistema único, ainda se vêem fortemente influenciadas por formas de organização do trabalho que, para outros setores da vida produtiva, já dão sinais inequívocos de esgotamento. Em contrapartida, há sinais claros no interior dessas instituições de que novos modelos organizacionais começam a ser propostos, o que de fato também poderia dificultar processos de educação permanente, principalmente ao flexibilizar as formas de contrato e de inserção institucional da força de trabalho em saúde. Contudo, mesmo com esta perspectiva de transição organizacional, a força no interior



das organizações do chamado "discurso competente", emerge como elemento legitimador de práticas centralizadoras e verticalizadas, normalmente referenciadas aos detentores desse discurso.

Até este momento, vínhamos tentando observar, a partir dos discursos produzidos pelos agentes do nível local, as diversas possibilidades de construção e definição de demandas educativas dirigidas aos profissionais das unidades. Contudo, é necessário um contraponto com o que pensa o grupo gestor sobre a construção de processos educacionais para a referida clientela.

As falas desse grupo com relação a parâmetros ou elementos definidores de uma determinada política educacional para o conjunto dos agentes do trabalho circula entre proposições mais gerais, o que não as desqualifica, até questões mais específicas, que por sua vez não definem com clareza tal política. No campo das especificações mais gerais, fala-se muito da necessidade de conhecimento da realidade local.

*"O grande achado em termos de parâmetros, de critérios para essa educação, é conhecer a sua realidade. É você começar a discutir que a primeira atividade da educação é conhecer a sua realidade, e nós, é isso, nós vamos partir, agora, para os gerentes fazerem a investigação da realidade social do usuário e da unidade." (GF)*

Aprofundando a discussão em torno do parâmetro "conhecimento da realidade", variações ou complementações à fala anterior, podem ser observadas.

*"É conhecer e acompanhar essa realidade, não é conhecer e largar não. É vivenciar essa realidade, é poder sistematizá-la. (...) Desvendar essa realidade à luz das classes sociais, das relações de produção."*  
(GF)

É de inegável importância que o conhecimento relativo à realidade que se quer intervir é condição necessária para a definição de uma política coerente com as reais necessidades sociais de saúde da população. Porém, esse conhecimento por si só não basta. É preciso que as diversas instâncias institucionais estejam pactuadas na definição de propostas educacionais, evitando, assim, uma duplicação de ações. Nesse sentido o grupo alerta:

*"Cabe a cada unidade através de um levantamento de necessidades, formular um planejamento para atividades de educação continuada. Mas é função da Divisão de Desenvolvimento também formular um projeto. Então para haver, vamos dizer assim, um projeto institucional, um projeto institucional de educação continuada tem que haver essa integração entre a rede e a Divisão. Isso é um nó crítico, já detectado em nosso planejamento estratégico."* (GF)

Essa perspectiva de integração, também é colocada como algo a ser materializado a partir das diversas instâncias organizacionais dentro do próprio nível central. Nesse sentido, o próprio organograma da Fundação é criticado pelo grupo gestor como um elemento obstaculizador à construção e até legitimação de políticas de educação permanente que tenham como centro de sua definição a área de desenvolvimento de recursos humanos.

*"Há um nó crítico entre a divisão de desenvolvimento e as outras instâncias municipais. Pode ser até uma falha de organograma, na medida em que o departamento, ele é um departamento, ele não é uma superintendência, onde na maior parte dos lugares se trabalha com superintendência de recursos humanos. Como você trabalha numa hierarquização de poder, na medida que você é um departamento, quem é superintendência automaticamente tem poder maior que o meu, e deixam isso muito claro. Nós somos uma superintendência e vocês departamento, nós somos superiores, e isso faz com que todas as suas ações são inoperantes para a gente."* (GF)

Também num sentido mais geral, é apontada como uma dificuldade para a definição de um projeto de educação permanente, uma certa indefinição quanto à natureza de um projeto educativo, que responda plenamente às necessidades colocadas pelo SUS, pressupondo inclusive uma definição mais clara quando ao perfil profissional necessário a operar esse sistema.

*"Tinha que estudar mais o que é um programa de educação para a rede SUS. (...) Pôr em prática um projeto educacional é complicado até porque estabelecer um perfil profissional adequado ao SUS é complicado. (...) Que o projeto de educação continuada, enquanto projeto institucional, esbarra nesse perfil do profissional SUS que a gente ainda não tem, e que a gente precisa construir, porque é a partir daí que a gente vai ver a demanda em termos de educação continuada."* (GF)

Como um elemento específico, e que deve ser levado em consideração na construção de projetos educacionais, há referência ao componente pedagógico envolvido na construção desses projetos. Para o grupo ges-

tor, a opção pedagógica de escolha deve, *a priori*, já ser contemplada no corpo de um projeto de educação permanente.

*"Na pedagogia que a gente quer utilizar não existe leigo, não existe o não saber, não existe professor, existe o profissional, seus conhecimentos e seus problemas. Então é nessa visão que a gente quer ter um programa." (GF)*

Encontramos, por um lado, uma prática mais centralizadora de construção de demandas vistas pelos agentes do nível local e, por outro, o reconhecimento da importância de um significativo conhecimento das realidades locais que embaçariam esses projetos, pela instância de nível central que seria responsável, sob o ponto de vista legal, pelo gerenciamento de projetos que estariam gerando essas demandas. Ao mesmo tempo, porém, percebem-se dificuldades na comunicação com o nível local, acopladas a problemas na estrutura organizacional que geram conflitos de poder e que dificultam a legitimação de suas propostas. O componente pedagógico é valorizado como elemento importante na construção de projetos de educação permanente por parte do grupo gestor sem, todavia, ter visibilidade para o grupo local.

#### **4.4 VALORIZANDO OS PROCESSOS EDUCACIONAIS: O QUE MOBILIZA OS AGENTES?**

Nessa seção, estaremos observando os determinantes que estariam mobilizando os agentes a participarem dos processos educativos realizados ou ofertados

às unidades. Nesse sentido, o valor ou o tipo de valor que é atribuído a esses processos estará de forma indireta no centro das falas.

O que centraliza a mobilização dos agentes é a possibilidade de aquisição de conhecimentos. Porém, essa aquisição quase nunca vem como um valor isolado, mas sim acompanhado por um outro, normalmente vinculado às possibilidades de melhoras no desempenho profissional.

*"Tudo o que eu respondi até agora demonstra que eu me mobilizo. Que a história de aprender coisas novas, de melhorar o que eu já sei, de melhorar o meu trabalho, de melhorar meus conhecimentos, tudo isso me mobiliza." E(5)*

Esse valor pode ser tão maior quanto maiores forem as dificuldades de se obterem conhecimentos que possibilitem reconfigurações no trabalho. Nesse caso, o local de trabalho torna-se espaço privilegiado na obtenção de conhecimentos.

*"A necessidade de poder realizar melhor o meu trabalho, porque a gente não sabe tudo e nem sempre a gente pode estudar como a gente fazia quando era residente(...), então essa necessidade de você sentir que está fazendo aquilo bem feito, que você não está deixando de fazer nada por aquela pessoa. É essa necessidade que faz a gente ter vontade de ter mais frequentemente essa atividade de treinamento." E(13)*

O conhecimento, enquanto elemento importante na mobilização dos agentes a participar de processos educativos, pode ser valorado pela perspectiva de pro-



piciar a sua transmissão para outros profissionais ou usuários.

*"Francamente eu gosto, se tivesse outras eu iria. Eu acho que saber nunca é demais, você estar sempre aprendendo, vai aprender a vida inteira, e principalmente vai poder passar para as pessoas isso." E(7)*

Além das possibilidades de repasse de conhecimentos, o espaço de troca de experiências enquanto valor é também explicitado e visto como fundamental do ponto de vista da aprendizagem.

*"Eu acho que a gente cresce muito quando tem alguém para trocar idéias, quando tem alguém para trazer novidade. Para mim, sempre tem alguma coisa positiva, porque uma hora você escuta a opinião do que está acontecendo na outra unidade, em outros lugares.(...) Então alguma experiência vai dar, tem sempre qualquer coisa para aprender, assim como você tem sempre alguma coisa para passar, eu acho legal." E(11)*

Outra forma de valorar o conhecimento advindo dos processos educacionais é o reconhecimento, por parte de alguns agentes, de que seu afastamento dos espaços acadêmicos levou com maior rapidez a uma obsolescência de seus conhecimentos, criando uma defasagem entre o aprendido e as novas exigências do trabalho.

*"Eu sempre gosto, a gente tem que aprender um pouco. Eu já estou há onze anos longe da faculdade, e infelizmente a gente trabalha muito para poder se manter, não dá para ficar pagando curso. Então sempre que surge aqui eu acho importante, porque eu acabo não me sentindo tão desatualizada." E(9)*

Porém, algumas falas valorizam o conhecimento, não como espaço de melhoria do desempenho profissional, mas sim pelas possibilidades de ascensão que viabiliza.

*"O que me mobiliza é a necessidade por ter conhecimento visando assim eu poder mudar de função, ganhar mais. Quando se sabe mais, quando se é mais alguma coisa se ganha mais um pouquinho, pelo menos a lei da coisa toda é assim." E(17)*

Por outro lado, é muito significativa uma das falas do grupo gestor, e que de uma certa forma se contrapõe à fala dos agentes. Essa fala assume que, para alguns agentes, o valor do conhecimento ou do desejo por aprender é algo quase nato, pertencente à natureza do indivíduo. Contudo, aqueles que não possuem tal natureza, teriam dificuldades de se mobilizarem devido às condições adversas dadas pela forma de organização do processo de trabalho.

*"Tem pessoas que se motivam a estudar porque gostam de estudar e pronto, não precisam de motivação especial de nada. Agora, tem pessoas que vão seguindo num processo assim de alienação, que é um pouco criado, e eu acho que essas pessoas, por causa justamente desse dia a dia do trabalho, porque as pessoas estavam muito mais acostumadas a essa coisa assim, que já deram até título de apagar incêndio. Então elas ficam assim resolvendo problemas, e elas acham muito mais importante o problema ali na hora, e não querem em nenhum momento sair disso para uma coisa que seja um pouco mais consistente, entendeu?" (GF)*

Na verdade, o processo de alienação propiciado pela organização do trabalho, como afirma o grupo gestor, diminui a perspectiva de que esse trabalho possa, de alguma forma, ser motivador de alguma demanda, não necessariamente educacional. Essa desmobilização pelo trabalho justificaria a baixa aderência de certos agentes aos processos educativos ofertados por esse grupo gestor. Para Gomez-Minayo (1989:51) "com o desenvolvimento capitalista, desenvolve-se um processo de dominação do homem nas suas dimensões físicas, fisiológicas, de seu tempo, de seu espaço, de sua vontade, de seus desejos, de seus estímulos e motivações, para adequá-los à produção". Esse processo tem seu espaço privilegiado de desenvolvimento no trabalho, que se torna fragmentado e desprovido de valor.

Sendo assim, observamos que há valores distintos de mobilização, dependendo do que está sendo demandado. Se a demanda é pela definição e construção de processos educacionais, como vimos na seção anterior, encontramos os agentes desmobilizados, quase legitimando processos ofertados e prontos para consumo. Por outro lado, mobilizam-se para participar desses processos quando, como afirma o grupo gestor, não há necessidade de criar, mas apenas de consumir.

Em resumo, o conhecimento mais uma vez aparece como elemento importante para o trabalho em saúde, contudo o caminho para construção dos espaços de viabilidade e consumo muitas vezes são conflitantes. De qualquer forma, podemos afirmar, ao final desta seção, a relevância do componente educativo para o melhor desempenho profissional, ainda que ocorram contradições

no processo como um todo, desde seu surgimento enquanto demanda até seu consumo pelos agentes do trabalho.

#### **4.5 DO NÍVEL CENTRAL AO NÍVEL LOCAL: ADEQUANDO**

##### **PROPOSTAS**

Nesta seção, trataremos da adequação dos processos educacionais que têm origem no nível central, frente aos problemas vivenciados pelos agentes no cotidiano dos trabalhos realizados no nível local.

Nas seções anteriores, já podemos observar, no que se refere ao surgimento das demandas, uma certa concentração de definições centradas a nível central. Naquele momento, não foi confrontada, sua adequação aos problemas do trabalho. Por outro lado, não podemos esquecer, ao analisarmos esta seção, que estamos lidando com a perspectiva de viabilização de processos de educação permanente que possuam seu eixo estratégico centrado no processo de trabalho, portanto estamos falando de um processo que, tendencialmente, se implantado ou implementado, horizontaliza as ações educativas, o que diminuiria o papel do nível central enquanto espaço maior de definição dessas políticas.

Quando confrontados com essa perspectiva de adequação, os agentes do trabalho dividem-se em suas falas; alguns acreditam em sua adequação, outros discordam sempre, e um terceiro tenta construir processos de mediação, onde alguns aspectos podem ser adequados e outros não.

Entre os que dizem haver adequação, há um padrão de respostas que pode ir desde a completa complacência, sem questionar ou contextualizar no seu trabalho o que se propõe, até aqueles que reconhecem a adequação porém advertem que seria correto que o nível local começasse a produzir suas próprias demandas.

*"Bom, eu acho muito pouco o que vem, pelo menos do que eu sou informada. Geralmente o que chega, e se você tem oportunidade de fazer, sempre tem uma maneira de servir, normalmente é uma coisa boa que vai te ajudar." E(11)*

Essa posição de que tudo o que vem é bom, reflete, na verdade, uma postura passiva com relação ao seu trabalho. Ao não problematizá-lo, não há como percebê-lo enquanto gerador de demandas educacionais. Nesse sentido, é coerente afirmações como, "sempre se aprende" ou de que, "conhecimento nunca é demais", frases ditas sem um contexto, sem um lugar no desejo do indivíduo.

*"Os cursos eu acho que sempre tem haver, sempre tem, por isso é interessante a gente participar, coisas que a gente vai tirar proveito. Sempre tem a ver com os problemas do trabalho. Agora olha só, eu acho que deveria ter mais cursos que saiam aqui da unidade. Às vezes a gente não tem a oportunidade de deixar o trabalho. Eu acho que deveria ter mais cursinhos internos." E(2)*

É claro que posições desta natureza não se sustentam sem contradições, pois não é possível que toda e qualquer proposta originada distante dos agentes do trabalho tenham correspondência nos problemas gera-



dos no seu cotidiano. Assim, a fala seguinte é categórica na afirmação desta correspondência, contudo se ressentido das dificuldades ou mesmo da impossibilidade de utilização dos conhecimentos adquiridos, no dia a dia do seu trabalho.

*"Eu acho que sim, eu acho que sempre tem tudo a ver com a gente aqui.(...) Ainda mais esse último curso que eu fiz, eu acho uma pena não poder estar sendo empregado ainda, não deu." E(7)*

A natureza das propostas vinculadas a programas de saúde verticalizados é também afirmada sem contudo questioná-la, ainda que se reconheça uma certa flexibilização por parte do município na operacionalização de propostas que tenham como origem o Ministério da Saúde.

*"O que vem sempre serve, são programas de saúde vinculados ao Ministério que a FMS compra a idéia. Porém a Fundação é até flexível nos parâmetros de implantação dos programas nas unidades. Eu posso alterar coisas de acordo com a minha realidade." E(4)*

Esse pouco questionamento com referência aos projetos educacionais propostos pelo nível central pode se relacionar com a vivência de práticas autoritárias institucionais nos diversos setores da vida social, que nos faz passivos diante dos acontecimentos do dia a dia, que retira do sujeito a participação nos fatos sociais, resultando num problema sempre referenciado ao outro, de fora do indivíduo. Aqui, podemos fazer um paralelo com o raciocínio feito por Schraiber e Mendes-Gonçalves (1995:31) com relação ao surgimento das

necessidades de saúde. Para esses autores, as necessidades se apresentam como algo que se coloca "por sobre os indivíduos", visto como sem ter origem no indivíduo, o que torna aqueles para quem essas necessidades se destinam "cidadãos alienados de sua cidadania, seres da sociedade alienados de sua socialidade e sujeitos tolhidos no exercício da subjetividade". A resultante desse processo é uma *naturalização* dessas demandas, no que os referidos autores chamam de "reificação das necessidades". Colaborando para uma melhor compreensão desse processo, Arruda (1989:67), afirma que a experiência de viver por décadas em regimes autoritários, dificulta colocar na prática decisões que implicam não somente "mudanças estruturais e institucionais, mas também mudanças de atitudes, comportamentos e modos de sentir". Assim, o grupo gestor, em uma de suas falas, justifica um certo grau de autoritarismo que existe na base das propostas originadas no nível central.

*"É porque nós temos o vício da instituição, não é de Niterói, é de qualquer uma, que vem lá dos bancos escolares, da nossa formação, que é mais fácil mesmo chegar e dizer, fulano qual é o conteúdo desse treinamento aí que você quer? Escuta, você vai aprender isso e pronto, quando na verdade a gente deveria pensar no que deve aprender, e não no que vai ser ensinado" (GF)*

Ao mesmo tempo que assumimos certos discursos, vemo-nos impelidos a uma prática diversa do que falamos. Há diversidade entre o que aprendemos enquanto reflexão a respeito de teorias consubstanciadas em saberes, normalmente ditos científicos, e do que passa a ser verdadeiro com referência às nossas vivências cotidianas. Esse fato nos remete a Heller (1992) e às es-

truturas do pensamento cotidiano já visto anteriormente neste trabalho. Todavia, não podemos esquecer, de acordo com o pensamento da autora, que o indivíduo é um ser singular que se encontra com sua própria individualidade particular e com sua própria "genericidade" humana. De outra forma, Senge (1992:222) nos aponta que a diferença entre o dito e o feito surge do que o autor chama de "modelos mentais", ou seja, "nossas imagens internas a cerca do funcionamento do mundo, imagens que nos limitam a modos familiares de pensar e atuar". Não se pode esquecer que pensar adequação de projetos educacionais, num processo que tem como referência o trabalho, é desvendar elementos que possibilitem essa adequação. Dessa forma, para além das dimensões técnico-administrativa e técnico-operacional, não se pode descuidar dos valores, comportamentos, símbolos e representações contruídas pelos agentes do trabalho. De qualquer forma, ao se pensar em projetos educacionais, estaremos lidando com contradições que extrapolam os limites institucionais indo de encontro aos limites humanos na conformação de seus pensamentos, mediados pelo conhecimento adquirido na formação acadêmica, com o conhecimento advindo de sua história cotidiana, ambos mergulhados numa estrutura cultural de forte marca ideológica.

Um outro aspecto interessante apontado pelas falas diz respeito ao fato de que, mesmo assumindo que há adequação entre o proposto e os problemas enfrentados, novamente surge o discurso da dificuldade de se operacionalizar o aprendido no cotidiano dos serviços. Se a prática dos serviços não comporta o que foi apreendido, não resta dúvida que há um descompasso en-

tre o que se propõe e as ações de saúde operadas pelos serviços locais.

*"Eu acho que tem uma grande relação viu, eu acho que as coisas que são propostas são relacionadas com os problemas do trabalho. Eu acho que o problema nem passa pelo instrumento da educação continuada, da proposta de treinamento, de curso, mas de, num determinado momento, se viabilizar isso que foi apreendido na prática. Essa coisa fui, me capacitei, mas depois parece que se você não tem todo um esforço para perseguir aquela coisa, aquilo parece que se perde, às vezes há uma certa descontinuidade entre aquilo que você tem como problema e o que você tem como solução, às vezes essas coisas não coincidem no tempo." E(1)*

Essa contradição certamente é dada pela distância de quem está planejando esse processos, e os reais problemas vivenciados pelas estruturas locais de prestação de serviços. Nesse sentido, retomamos na fala de nível local algo já dito na seção anterior pelo grupo gestor, ou seja, a necessidade de que este grupo conheça com profundidade as realidades locais. Assim, a fala seguinte não descarta uma certa adequação no que é proposto, mas lança um alerta da importância de tal conhecimento.

*"É, eu tenho alguns questionamentos sobre isso, não que eu sou contra, mas eu acho que tem que ver a questão da realidade local, tem que ter essa percepção. Não adianta chegar lá de cima com um programa pronto, eu acho que tem que perceber bem a realidade local, perceber bem a motivação do profissional.(...) Eu acho que tem que ter um entrosamento melhor entre o nível local e o central. Porque às vezes eles estão lá plane-*

*jando, e minha unidade na ponta, o que eles planejaram para mim nesse momento não é o importante a ser executado." (E3)*

Mesmo reconhecendo que em alguma medida há uma certa adequação nas propostas, alguns destes discursos chegam a ser contundentes na marcação das diferenças entre quem propõe centralmente e quem vive o cotidiano das práticas de saúde em unidades básicas.

*"Nem tudo o que é proposto por eles se enquadra aqui na nossa realidade. Tem determinadas coisas que sim, mas outras não batem com a nossa realidade (...), só que a gente é meio diferente, nós estamos em contato direto com as pessoas, com os profissionais, com os usuários, com o problema em si. Eles fazem estudos estatísticos, montam cursos, (...) eles estão lá naquela salinha cheia de computadores, não lidam com as pessoas, é diferente, a relação deles com as pessoas aqui é zero, ao passo que a minha relação com as pessoas aqui é uma outra totalmente diferente." E(12)*

Apesar de coincidirem no que diz respeito à necessidade de conhecimento das realidades locais, sendo este conhecimento um parâmetro importante na construção de processos educacionais, há uma divergência no que concerne ao aproveitamento do que foi aprendido a partir das opções ofertadas. O discurso no nível local, quando questiona esse fato, situa-o numa certa incapacidade do agente em operacionalizar o que foi estudado, quer pela não implantação dos programas que motivarão o curso, quer por dificuldades operacionais da própria unidade. Já no grupo gestor, surge uma certa tendência de culpabilizar o próprio agente pela incapacidade de viabilizar os saberes aprendidos.



*"Mas eu vejo muita gente que passa pelos cursos de capacitação, treinamentos, aprendem tudo, tem ótimo rendimento e não mudam a prática." (GF)*

Até que ponto os dizeres do grupo focal encontram correspondência na realidade? Será que profissionais submetidos a uma rotina de trabalho muitas vezes chamada de "maçante", vivenciando um cotidiano que os empobrece do ponto de vista da sua percepção enquanto sujeitos de seus processos, não facilitaria seu desejo de fazer cursos, não enquanto oportunidade de aprendizagem, mas como fuga de um espaço de trabalho, onde muitas vezes sentem-se apenas como "mais uma peça" do processo de produção? Se for nesse sentido, é possível que a fala acima possa de fato espelhar uma realidade. Todavia, será que uma excessiva distância na construção de demandas a serem operacionalizadas no nível local, não facilitaria, por sua vez, um despreparo da unidade em responder àquela demanda, pelo fato de que, em muitas vezes, essa demanda não faz parte dos principais problemas enfrentados no cotidiano de seus trabalhos? Também é bom que se lembre que as atividades de desenvolvimento de recursos humanos são atividades consideradas meio. Principalmente quando esta atividade vem acompanhando a implantação ou implementação de programas é preciso que toda uma gama de ações se somem a esta, para que de fato possa propiciar mudanças nas práticas. A fala seguinte, de alguma forma, traz essa discussão, sendo a primeira que nega a existência de correlação entre o proposto e o vivido na unidade.

*"Não, eu acho que não existe nenhuma relação. Eu só fui chamada para um, o de atendimento ambulatorial a pacientes HIV. Nesse caso, eu acho que visaram a*

*gente atender uma demanda de pessoas que está superlotando as unidades mais centrais. (...), primeiro o treinamento por si só não é suficiente, depois os treinamentos, principalmente para doenças tão complexas não poderia ser esse que foi, deveria ser uma coisa mais continuada."* E(13)

A fala acima atinge dois aspectos que são fundamentais na construção de projetos de educação permanente. O primeiro é ter a clareza de que não se pode atribuir às ações neles desenvolvidas todas as mudanças no padrão das práticas de saúde; no máximo, podem ser compreendidos como uma das estratégias para o alcance dessas mudanças. O segundo aspecto, refere-se ao fato de que uma ação educativa isolada pouco impacto tem, se não for planejada como um contínuo de ações educativas, onde cada ação tem a possibilidade de gerar outras, a partir de sua reflexão no interior do processo de trabalho.

Para alguns agentes, não há propriamente uma inadequação, mas sim a inexistência de propostas. A discussão aqui, não se relaciona à validade de quem propõe, mas sim à expectativa de que alguém proponha.

*"Com o meu trabalho especificamente quase não tem, poderia dizer até que não tem. Eu estava até cobrando isso, eu falava que eu queria saber coisas que tivesse a ver com prevenção, com odontologia, eu queria essas coisas que não têm."* E(5)

Nota-se que, apesar de afirmar que quase não há adequação, há uma cobrança de que na sua área apareçam propostas, sem contudo apresentar sinais de

mobilização no sentido de se envolver na construção destas propostas. Há um sentido de delegação a um outro, do poder de construir e de ofertar tais projetos. Não entra aqui a discussão ou o questionamento de quem melhor desenharia essas propostas. Todavia, alguma negação ao papel desempenhado pelo nível central na construção de processos educativos para o nível local, ainda que tímida, pode ser observada.

*"Os treinamentos a gente é convocado. Não existe relação, eles são bem distantes. Porque quem está a nível central é tudo assim muito pronto, tudo muito perfeito, aí quando você começa a discutir que aquilo não é na prática, não é tão fácil quanto se imagina, eles não entendem." E(9)*

Se, de um lado, podemos observar uma não adequação pela ausência ou baixa oferta de propostas educativas, por outro também surgem discursos que afirmam ser essa inadequação relacionada explicitamente ao enfrentamento dos problemas gerados pelo trabalho.

*"Não, não existe relação nenhuma, particularmente em relação a cursos ou alguma coisa no sentido da resolução de problemas do dia a dia do nosso trabalho." E(15)*

Enfim, observamos ao longo deste capítulo que a relação educação-trabalho, como geradora de demandas educativas, ainda é de difícil visibilidade para a maior parte dos agentes, que identificam os problemas do trabalho, como sendo sempre exteriores a eles. Analisamos também que, quando falam do surgimento e construção de demandas, há uma tendência maior de atribuir

esse papel ao nível central de gerência. Todavia, podem ser visualizados algumas contradições que possivelmente estão na base das dificuldades enfrentadas na formulação e operacionalização de programas de educação permanente. Quanto ao grau de mobilização dos agentes em participar dos processos educativos, o conhecimento mais uma vez aparece como valor maior, ainda que associado a outros valores que em alguma medida podem até desqualificar o próprio conhecimento. Por último, refletimos sobre a adequação dos projetos de nível central aos problemas enfrentados pelo nível local. Apesar do padrão difuso das respostas, essa adequação ora é afirmada sem nenhuma contextualização, ora negada. Contudo o que sobressai é a imposição para o nível central de uma melhor estratégia de construção desses projetos no sentido de aproximá-los das reais necessidades sociais de saúde da população. Assim, um reconhecimento de que as realidades regionais podem possuir características diferenciadas se impõe. Ao mesmo tempo, uma maior integração entre as diversas instâncias do nível central se coloca como algo de extrema necessidade.

Complementamos, ressaltando que a agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS, do Ministério da Saúde (1996:2), coloca enquanto cenário geral "das novas políticas de recursos humanos", a descentralização administrativa e a autonomia de gestão onde, "cabe ao gestor público assumir localmente a regulação dos processos de trabalho, das formas de entrosamento com o mercado de trabalho e da educação continuada". Esse fato desloca efetivamente a gestão desses processos para o âmbito municipal. Todavia, esse deslocamento não deve significar a repetição

ao nível local das práticas anteriormente existentes e amplamente questionadas de centralização e verticalidade de ações.

Tem sido também proposto pelo próprio Ministério da Saúde o fomento ao desenvolvimento de metodologias educacionais voltadas para a educação continuada do pessoal dos serviços, que permitam sua qualificação coerente com os novos postulados assistenciais do SUS como uma das principais estratégias de estímulo aos processos de educação para o trabalho em saúde (RHSUS, 1995). Contudo, deve-se ter cuidado para não se cair numa falsa armadilha, onde a questão pedagógica é alçada à condição de resolução ou tamponamento de possíveis deficiências na estrutura e, consequentemente, na prática de definição de demandas por processos educacionais. Como bem adverte Ribeiro & Motta (1996:44), "à desqualificação do componente pedagógico da formação e capacitação no âmbito das políticas de recursos humanos", não pode ser contraposto numa posição de extremo oposto, "hipervalorizando o pedagógico como se fosse capaz, por si só, de viabilizar as propostas de educação permanente".

Finalizamos este capítulo com as conclusões de um estudo sobre a organização e coordenação de diversos programas de educação permanente realizados por Vidal et Al citado por Davini (1995), em 23 países da América Latina. As conclusões, encontradas pelos autores, aproximam-se, em alguma medida, de questões já apontadas pelos atores institucionais de nossa investigação: a) dispersão e falta de continuidade, realizando-se geralmente atividades esporádicas de capacitação; b) falta de direcionalidade, já que a maioria dos pro-



gramas não guardam relação com as linhas gerais das políticas de saúde; c) escasso alcance tanto em termos quantitativos quanto geográficos, sendo que a cobertura dos programas se concentram em algumas categorias profissionais; d) falta de correspondência entre a doutrina educacional e as características dos programas concretos em termos de orientação, objetivos, conteúdos e impactos.

Para além das características até aqui apontadas, que estruturam um espaço explicativo que propiciam a compreensão de aspectos mencionados na investigação acima citada como falta de continuidade, falta de direcionalidade, escassa cobertura e mesmo a inadequação entre o proposto e o desejado, é preciso perceber como os diversos atores institucionais (gestores e agentes), concebem esses programas, possibilitando, assim, refletir sobre os diversos elementos que possam contribuir para a re-construção de programas de educação permanente em unidades básicas de saúde.

## **5. EDUCAÇÃO PERMANENTE, EDUCAÇÃO CONTINUADA: O EXERCÍCIO DE UMA PERPLEXIDADE**

"Eles se entreolharam com cuidado e desconfiança.

Engenhosos em astúcia pequena, esperam aqueles cujo conhecimento anda com pernas mancadas.

Esperam com se fossem aranhas..."

**Friedrich Nietzsche**

### **5.1 INTRODUÇÃO**

Ao refletirmos sobre a relação educação-trabalho, onde o processo de trabalho, construído e operado por seus agentes, pode tornar-se fonte de demandas por processos educacionais que incidam sobre os trabalhadores de saúde, estamos lidando com pressupostos teórico-metodológicos que definem uma dada opção por processos de educação permanente no setor público de prestação de serviços. A sua escolha, bem como a definição de estratégias de implantação demandam definições políticas. Ao mesmo tempo, não falamos de qualquer dimensão política, mas sim de uma política que se enquadra no rol das chamadas políticas sociais, portanto fortemente influenciadas em sua gênese por atores localizados dentro do aparelho de estado. Assim, observamos, durante o primeiro capítulo, como a educação permanente foi tratada ao longo da história das políticas de saúde no país, e dentro destas, mais precisamente no interior da área de recursos humanos em saúde.

Também observou-se, a partir das duas últimas décadas, uma busca pela criação de um certo consenso no recorte das políticas que intencionam reorganizar o campo de desenvolvimento de recursos humanos. Esse movimento amplia a participação de atores não vinculados diretamente ao aparelho de estado, como usuários dos serviços de saúde e representantes de sindicatos não necessariamente vinculados aos trabalhadores do setor saúde. Um bom exemplo dessa expansão pode ser visto nas duas Conferências Nacionais de Recursos Humanos em Saúde, onde a participação dos chamados "movimentos populares" ou "sociedade civil organizada" foi expressiva. Por outro lado, documentos de caráter propositivo com referência a essas políticas passam a ser produzidos nas três esferas de governo, fechando um quadro de aparente consenso no que se refere à definição e às estratégias de implantação de programas de educação permanente, muitas vezes denominados de educação continuada, sem contudo fazerem distinções de ordem ideológica entre os dois termos.

No presente capítulo, discutiremos as concepções e os conceitos que os diversos atores institucionais possuem dos processos de educação permanente/continuada em serviços de saúde. De forma indireta, estaremos avaliando, à luz do aparente consenso político criado, os possíveis caminhos ou descaminhos que esta política possa ter, frente ao olhar que agentes e gestores possuem sobre esses processos.

## 5.2 O OLHAR DOS AGENTES

Apesar de algumas variações no enfoque dado às concepções de educação permanente/continuada, o consenso encontrado aqui não se refere ao político como mencionamos na seção anterior, e sim ao desconhecimento e às dificuldades concretas que os agentes do trabalho tiveram em conceituar ou até em trazer os termos acima referidos a um nível de significância concreta para o seu cotidiano.

O caminho percorrido pelos diversos enfoques começa por afirmações concretas do seu significado, passando por uma ligeira estranheza até uma completa desinformação em relação ao tema. Em todos os olhares, contudo, a visibilidade dos agentes com relação à discussão político-consensual aparece como algo velado e difuso.

Num primeiro momento, encontramos falas, que de alguma forma tentam elaborar uma concepção mais sofisticada para esses programas, dando a impressão de aproximar-se das concepções amplamente divulgadas pela OPAS.

*"São coisas voltadas para dentro da unidade, acompanhando o trabalho, identificando junto à gerência as necessidades que estejam surgindo, e propondo soluções que possam ajuizar esse processo, quer dizer, viabilizando que as pessoas possam constantemente estar desenvolvendo melhor o seu trabalho. (...) Então eu acho que é isso, subsidiar o profissional de uma forma contínua, aproximando a questão do problema para a questão*

*de organização da solução, para não ficar uma coisa esquizofrênica, partida." (E1)*

Da mesma forma que a fala anterior, a fala seguinte traz embutida uma idéia dos aspectos que são importantes na realização de um processo educacional. Em nenhum momento parece haver dúvidas quanto à natureza desses processos. Todavia, educação continuada ou permanente é traduzida como um processo circunscrito ao âmbito das relações profissional-usuário.

*"Para mim tem que ser um programa participativo, tem que valorizar muito a fala do outro, não adianta você chegar aqui seja como profissional ou como usuário colocar o que eu quero e pronto, tem que valorizar a fala do outro. O usuário detém um saber, um outro tipo de saber, seja ele um saber cultural, da vivência dele, inerente a ele, ele detém um saber, e aí vai haver uma troca.(...) Se eu não valorizar o que está sendo feito, falado, discutido no outro e perceber que aquilo tem um valor, eu não vou trabalhar em educação.(...) Educação continuada é progressivo, não tem um fim, você vai trabalhar educação no seu dia a dia. Então quando eu falo em educação como continuidade é um processo em evolução, a partir do seu cotidiano, você está sempre renovando, aprimorando." (E3)*

Algumas vezes, tenta-se fazer uma distinção entre o que é permanente e o que é continuada. Se por um lado podemos perceber, ao longo do primeiro capítulo, que há correntes no setor saúde construindo alguma distinção entre os dois termos, situando essa diferenciação mais próximo do terreno ideológico, aqui, quando isso ocorre, define-se pelo significado semântico dos termos.



*"Eu acho que existem programas básicos que são programas de educação permanente, que é um crescendo. São projetos já definidos, por exemplo, a questão da AIDS hoje em dia, é uma questão de saúde pública mundial, são programas que têm que ser, são programas de educação permanente.(...) Já educação continuada, a vida é um processo continuado, porque em educação a gente acredita numa coisa, que daqui a cinco anos você derruba tudo aquilo, você já pensa de outra forma, você precisa de novos conhecimentos, então é um processo, educação continuada é um processo." (E4)*

Segundo o dicionário Aurélio (1975), o termo continuada, particípio do verbo continuar, vem do latim *"continuare"*, e significa, que dura sem interrupção, repetido, seguido, contínuo. Já a palavra permanente, origina-se do latim *"permanente"*, significando contínuo, que permanece, ininterrupto, constante. Assim, a fala acima, situa o caráter permanente como algo inexorável e constante, que não admite ausência. Com relação ao termo continuada, esse adquire um sentido de movimento, algo que se repetirá no intuito de acrescentar. Uma distinção mais rígida entre os termos, pode ser vista na fala seguinte.

*"Educação continuada o que seria? Seria a educação que cresce no dia a dia, e educação permanente seria aquela educação que você aprendeu e não procura desenvolver mais." E(17)*

Aqui, o sentido de permanente aproxima-se novamente de algo imutável, que permanece sem possibilidades de alterações. Já o significado do continuada, traz a noção de mutabilidade das coisas, do constante

movimento de superação do velho no novo, a partir das estruturas do cotidiano.

Alongamo-nos um pouco nessas aparentes distinções semânticas, no sentido de pontuar que, mesmo quando os agentes do trabalho afirmam conhecer e distinguir os termos em estudo, fazem-no mais pelo sentido das palavras, do que por uma proposição de caráter mais ideológico. É claro que, mesmo se pautando apenas pela significação semântica das palavras, ainda assim, descortina-se, mesmo sem intencionalidade, um componente ideológico.

A partir desse ponto, todas as falas desconhecem ou no mínimo afirmam estranheza com relação ao significado dos processos de educação continuada e permanente. Entretanto, não há ausência nas respostas, pelo contrário, todos tentam dar um sentido aos termos, ainda que reconheçam sua pouca familiaridade com os mesmos. Também exceto em uma fala, não aparecem mais tentativas de distinção entre os termos, optando a maioria por uma definição comum, sendo continuada a palavra de escolha para sua representação.

*"Acho que já ouvi falar, mas é estranho. Acho que é um acompanhamento dos profissionais para melhorar o atendimento, o trabalho, reciclar essas pessoas, ensinar novas tecnologias, ensinar novas formas de trabalhar, ensinar melhor relação com as pessoas, com a clientela através de cursos."* E(5)

Se para alguns há estranheza, o que determina dificuldades na construção de um significado, para outros há uma completa lacuna, afirmando, inclusive,

que jamais ouviram falar nessas palavras, ainda que os termos venham sendo amplamente discutidos nos fóruns de definição e avaliação política de RH em saúde.

*"Educação continuada! Não eu nunca ouvi falar. Seria como a gente está falando, das finalidades dos cursos. É, seria manter o profissional atualizado, seria isso? É dar oportunidade ao profissional se atualizar assim em cursos ?" E(10)*

Ainda no terreno das possibilidades de construção dos conceitos, ora podemos observar que essa tentativa refere-se a processos educacionais voltados para a força de trabalho, ora esse eixo é deslocado para as atividades com os usuários. Todavia alguns, possivelmente influenciados pelo significado dos termos permanente e continuada, apontam a importância de mecanismos que realmente propiciem uma constante circularidade do conhecimento, quase desqualificando as atividades de caráter mais pontual.

*"Eu não sei o que significa. Eu acho que seria alguma coisa que a gente estivesse passando para as pessoas diariamente. Um tipo de informação que não fosse só hoje e depois daqui a um mês.(...), não é só de hoje ou de ontem, seria de sempre." E(7)*

Esse sentido de constante circularidade pode também ser visto quando a construção se refere aos processos destinados aos profissionais de saúde.

*"Não eu nunca ouvi. Seria um constante aprender, seria isso? Porque esta forma continuada, dá idéia de ser uma coisa que não pára nunca. Eu acho que deveria ser isso, um constante aprender, um constante modi-*

*ficar, uma coisa mutante, uma coisa que você não é estante, você está sempre se educando, sempre se aperfeiçoando. Mas não pode ser uma coisa eventual, tem que ser constante." E(16)*

Pode-se também questionar a dicotomia que diferencia projetos referenciados para os agentes do trabalho dos projetos destinados aos usuários dos serviços. A fala seguinte possibilita que educação continuada ou permanente possa ser um mecanismo que aponte necessidades de projetos educativos, e que em sua construção alberguem, a um só tempo, os dois pólos da relação do trabalho, o agente e o usuário.

*"Nunca ouvi falar nessa palavra. Bom, eu tenho dúvidas com relação a essa palavra, se educação continuada é para o pessoal da área de saúde que trabalha com isso, ou é para a comunidade. Alias, eu acho que tem que atingir os dois grupos mesmo, tanto o pessoal da área de saúde tem que estar sempre se reciclando, sabendo o que existe de novo sobre as doenças e sobre os mecanismos de lidar com os pacientes, assim como a população precisa também ser atingida em termos de educação, de prevenção." E(13)*

De alguma forma, ao se tentar construir um conceito, os agentes retomam as questões apontadas no capítulo três, com referência ao olhar construído sobre o trabalho desenvolvido nas unidades. Assim, mais uma vez, vemos reforçado o significado da ação preventiva como atividade essencialmente educativa.

*"Sinceramente, nunca ouvi falar nesses termos, não sei dizer. Bom eu não sei, no meu entender essa educação continuada, seria essa parte preventiva mesmo*

*de ensinar ao paciente porque está acontecendo determinadas coisas com ele, mostrar para ele porque, e cobrar isso dele depois."* E(14)

Apesar e além das dificuldades encontradas na formulação de concepções que indiquem uma certa clareza na percepção que os agentes do trabalho possam ter de um programa de educação permanente, há, em algumas falas, a necessidade de se apontar, ainda que não claramente concebidos, espaços privilegiados de definição e operacionalização desses programas no nível local.

*"Eu acho que deveria ser um trabalho com mais oferta de cursos, ou qualquer coisa assim que você esteja sempre se reciclando(...), não é fazer nem ir, é chegar para a gente aqui.(...) Aqui na unidade a gente tem um pouco de dificuldade para um projeto desses porque não tem um espaço para fazer isso. Seria fundamental um centro de estudos, adaptar um espaço para um centro de estudos. É fundamental, numa unidade dessas, com tantos profissionais não ter um centro de estudos."* E(11)

Ainda dentro de estratégias apontadas, podemos encontrar uma discussão do papel da unidade como *locus* central desses programas. Aqui, há uma certa preocupação em otimizar ações, numa racionalidade que tenta apontar a melhor opção do ponto de vista da sua abrangência, de uma maior cobertura às ações propostas. A fala a seguir tenta pensar essas opções, dentro dessa perspectiva racionalizadora.

*"Não acho impossível, mas acho difícil a realização de um projeto desses na unidade. Pela diversidade de profissionais que você tem aqui dentro, de várias*



áreas, de vários interesses, de vários níveis. Mas você poderia montar alguma coisa a nível das policlínicas, ou poderia regionalizar com as unidades que você têm na região leste ou oceânica, aí você não demandaria um trabalho só numa unidade, pegaria três ou quatro. Poderia então passar um questionário pelos profissionais, de repente pelas áreas de atuação, o que esses profissionais pretendem, o que querem, o que seria importante para eles." E(16)

Da mesma forma que, se pensa em estratégias operacionais, também percebe-se que a supervisão como um componente estratégico desses programas, ainda que insuficientemente conceitualizada, tem seu papel valorizado. Supervisão é vista aqui como acompanhamento do trabalho realizado pelos profissionais a partir dos usuários desses serviços.

"Educação continuada eu nunca ouvi falar. Seria o profissional de saúde estar se reciclando para o trabalho, e conseguir uma supervisão, um acompanhamento com a comunidade para ver se esse trabalho está surtindo efeito, seria isso?" E(15)

Mesmo que algumas falas tentem avançar em suas concepções, no sentido de já esboçarem algumas estratégias operacionais, ou mesmo elementos constituintes de um processo de educação permanente como a supervisão, o que de fato sobressai com força nessa seção é o desconhecimento dos termos envolvidos. Ainda que seja louvável a tentativa de conceituação por parte dos agentes diante de um termo que afirmam desconhecer, esse desconhecimento torna-se um importante sinal e indicador das possibilidades concretas de um projeto de

educação permanente que privilegia como eixo pedagógico o processo de trabalho.

### 5.3 O OLHAR DOS GESTORES

Por razões diferentes, a mesma perplexidade que toma conta dos agentes do trabalho diante dos termos educação continuada e educação permanente pode ser observada diante das falas do grupo gestor. Aqui, o sentido da perplexidade não se relaciona com o visto anteriormente, como um completo desconhecimento dos termos, mas sim com a necessidade de se buscar um conceito que possa dar coerência a estratégias metodológicas para sua operacionalização. Há uma busca por um sentido ideológico nas possibilidades dos diversos conceitos, que dêem coerência a um olhar que os gestores dizem ter sobre os processos educacionais. A perplexidade surge da própria dificuldade criada pelo discurso, onde muitas vezes se encontram contradições que surpreendem seus próprios autores.

A primeira questão que surge para o grupo é a necessidade de se diferenciar, sob o ponto de vista conceitual, educação continuada de educação permanente. Contudo, o fato de existir essa necessidade, não significa que há consenso com relação ao olhar que se tem sobre esses conceitos.

*"Antes de se discutir parâmetros para construção de um projeto de educação continuada ou permanente, é preciso colocar essa questão de permanente e continuada. Isso é uma coisa básica para qualquer programa porque tem implicações ideológicas. Permanente está li-*

*gada a uma proposta de um regime ditatorial da época. Essa discussão é muito acirrada.” (GF)*

Na fala acima, já é possível perceber uma diferenciação que se assenta numa distinção de caráter ideológico. Porém, em algumas falas, esse caráter não fica tão nítido, sendo a diferença atribuída ao sentido semântico diverso entre os termos, podendo todavia serem vistos de forma não excludente.

*“Quando eu ouço permanente e continuada eu vejo que uma coisa não exclui a outra. Educação permanente como se fosse a coisa da aprendizagem, você aprendeu não vai esquecer mais, como assim, é para toda a vida(...), toda educação que realmente é educação seria permanente. Continuada no sentido de continuidade mesmo, você não está pronto, então você está sempre aprendendo, no sentido de você está trabalhando, conhecendo novas coisas, aprimorando. Isso não significa que eu veria educação permanente como uma coisa e continuada como outra, e sim uma coisa que pode caminhar juntas.” (GF)*

É interessante observar que a fala acima aproxima-se das falas dos agentes do trabalho, quando estes tentam diferenciar sob o ponto de vista conceitual os dois termos. A diferença reside no fato de que, para os profissionais das unidades locais, os termos não faziam parte do seu universo de vivências e representações, ao passo que o grupo gestor gerencia uma divisão de desenvolvimento de recursos humanos, composta por um departamento de educação continuada, o que traz para esses atores um mínimo grau de significação com relação aos termos. Teoricamente, aqui não haveria desconhecimento com referência à terminologia estudada.

Na verdade, o grupo gestor percorre um caminho que começa por uma distinção de natureza ideológica, passa por uma diferenciação semântica, indo ao encontro de uma terceira via, onde a leitura é feita a partir do olhar que se tem dos termos, olhar este que pode ser influenciado por diferentes fatores, podendo incorporar a um só tempo determinantes ideológicos e semânticos.

*"(...), eu estou dizendo que as pessoas fazem uma leitura como se estivessem falando da mesma coisa e que têm essa linguagem diferente, você detecta isso, até aqui a gente percebe isso, um fala continuada o outro fala também, só que estão vendo continuada de formas diferentes. (...) Eu fico vendo quando ela lê continuada não é o que ele lê de continuada. E a gente usa essas palavras, eu até falo quando as pessoas cometem certos atos falhos e dizem que foi por acaso, eu não acho que é por acaso, se a gente fala essa palavra é porque está mesmo usando aquilo, e o que sai é o que conta. Um conceito pode ganhar sentidos diversos dependendo de cada olhar que se tem, e esse olhar depende de inúmeras coisas" (GF)*

Por outro lado, em alguns momentos o grupo tendeu a assumir os limites que ambos os termos possuem para dar conta da complexidade de ações que necessariamente deveriam ser acionadas em suas propostas. Além disso, o grupo parte do pressuposto de que a visão que se tem do mundo se relaciona com o olhar dado aos processos educacionais. Nesse sentido, assumem que há limites impostos pelos dois termos, onde seus significados não seriam suficientes para traduzir tal visão.

"Já há algum tempo começou-se a discutir se não havia outro termo, outra forma de educação que não continuada ou permanente, a educação participativa. A educação é superestrutura, e você pode olhar o fato como algo imutável ou que não somos nós que fazemos o fato. Porém eu posso dizer que quem faz a vida sou eu, sou eu o agente dessa vida, o agente da minha história, e na medida em que a vida muda, eu sou participativo. Educação participativa significa mudar a realidade, e aí para você achar isso, tem que acreditar que você só muda a realidade porque é você quem faz a história."  
(GF)

O sentido de participativo passa a ter também um significado de coletivo, que estaria contemplando uma diversidade de olhares mas não obscurecendo as singularidades de cada indivíduo.

"(...), cai muito bem essa questão de participativa, porque você não é um ator único, esses processos são operados por diversos atores.(...) Ação participativa é ação coletiva, não existe educação participativa sem um sentido coletivo, mas um coletivo sem perder a característica individual." (GF)

Também há momentos em que, ao se assumir a importância do significado dos termos, reconhece uma certa displicência com relação ao seu uso no cotidiano. Quando se utilizam palavras que possam ter significados diversos e implicações ideológicas como resultante de seu uso, é preciso ter clareza do seu significado no momento de sua utilização. É o que adverte a fala seguinte:



*"Eu uso as palavras assim levianamente mesmo, eu acho bonito e vou usando, até que aprendi que não é assim, tem uma responsabilidade, isso é a mesma discussão de educação permanente e continuada."* (GF)

Reforçando a fala acima, a definição de um conceito é ressaltada como condição necessária para a compreensão do olhar que se está querendo obter. Nesse sentido, para o grupo, passa a ter importância considerável a responsabilidade de cada ator na utilização desses conceitos. Por outro lado, fica evidente a necessidade de se encontrarem pontos consensuais na significação dos termos. Para o gestor, é preciso que o sentido das palavras expressem conceitos mais claros, caso contrário, as palavras perdem o valor de uso.

*"Realmente hoje eu estou chegando a essa conclusão, ou se fala expressando corretamente um conceito ou se muda a palavra.(...) A palavra expressa o pensamento, e o pensamento expressa a realidade, ou então você acha que não expressa nada, fica sem sentido."* (GF)

Dessa forma, o grupo conclui, que, a opção conceitual tem implicações diretas com o contorno assumido pelas práticas educativas no interior dos serviços de saúde. Aproxima-se assim, da reflexão feita por Chauí (1992), onde conhecer "é tomar posse", é mover-se na região do instituído.

*"Eu acho que não existe isso de caráter permanente ou continuada, isso não é o mais importante, o importante é o que você faz, a sua opção de usar porque você sabe o que significa."* (GF)

Apesar de todas as indagações e afirmações feitas ao longo desta seção com referência às concepções ou conceituações dos processos de educação permanente ou continuada, onde alguns significados são afirmados, outros negados, onde no começo das falas demonstrava-se uma necessidade precípua de conceituação em contraste com as últimas que relativizam essa necessidade, a fala seguinte talvez reflita e aponte um possível caminho explicativo para essa realidade. Realidade em que conceitos mal clareados misturam-se com dificuldades de um consenso com relação às opções teórico-metodológicas de escolha desses processos.

*"Vamos dizer assim, que os conceitos, a visão de conceito dessas palavras apresentam-se muito diferentes, e eu não acho isso necessariamente ruim, porque a própria educação continuada no Brasil é isso. Ninguém até agora percebeu um conceito comum em relação a isso, cada um tem uma visão." (GF)*

Por fim um alerta dado pelo grupo. Ao se conceber um projeto de educação permanente/continuada, é preciso incorporar aspectos motivadores que facilitem uma maior aderência dos agentes do trabalho a esses projetos. O grupo parte do princípio de que a organização do trabalho tal qual existe, predispõe os agentes a um processo de alienação para o trabalho. Sendo assim, independente da concepção que se tenha desses processos, *a priori* há desmotivação para qualquer proposta que rompa os limites dados pelas rotinas das ações já vivenciadas. Para o grupo, um fator de adesão que pode ser incorporado à concepção desses projetos é dado pela elaboração de um plano de cargos, carreiras e salários (PCCS), que propicie ao agente deslocamento na car-

reira, bem como ganhos salariais a partir de seu envolvimento e participação em projetos dessa natureza. Corroborando com essa proposição, o plano quadrienal (1995-1998) de trabalho da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro sugere a implantação do PCCS acoplado a programas de desenvolvimento de recursos humanos, como forma de valorização dos profissionais. Mesmo assim, a realidade pode surpreender os próprios gestores.

*"Em termos de educação continuada é estranho, o servidor municipal ele não está tão motivado. Ele teria maior interesse de se aprimorar profissionalmente, porque no caso de Niterói o projeto de reformulação do plano de cargos, carreiras e salários é uma luz no fim do túnel. Seria um motivo a mais para educação continuada, onde ele poderia se enriquecer e se desenvolver profissionalmente, ter ganhos salariais. No entanto ele está tão alienado quanto o estadual ou federal."* (GF)

#### **5.4 CRUZANDO OLHARES**

A necessidade de programas de educação continuada ou permanente vem sendo apontada e estimulada em vários documentos advindos de instâncias públicas de definição política, acarretando um cenário de aparente consenso político.

A nível federal, recentes documentos produzidos apontam dentro da lista de prioridades e diretrizes do Ministério da Saúde o fomento aos processos de educação para o trabalho em saúde, onde se incluem programas de educação continuada. Assim, o documento (Prioridades e Diretrizes para a Ação do Ministério da Saúde, 1995:27) coloca no campo de atuação, do Ministério o

"desenvolvimento de programas de educação continuada voltados para o novo perfil de funções do Ministério e apoiar de forma supletiva ou complementar as secretarias de saúde em projetos elaborados em comum acordo com aquelas instituições".

Também na agenda de prioridades elaborada pelo Ministério da Saúde no ano de 1996, coloca-se como eixo estratégico de integração o "apoio à articulação interinstitucional do SUS com as universidades para desencadear esforços integrados de educação continuada".

Com relação à esfera estadual, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro tem para seu Departamento de Educação Continuada, dentre outras, as seguintes funções: a) realizar levantamento, estudos e pesquisas com vistas a propor diretrizes e estabelecer estratégias para educação continuada para os servidores da área de saúde; b) orientar, coordenar, acompanhar e avaliar o desempenho do sistema de educação continuada (Manual de Serviços da Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos, 1995). A mesma Secretaria, dentro de seu plano quadrienal de trabalho, 1995-1998, estabelece como meta a implantação de um programa de desenvolvimento de recursos humanos com ênfase nos projetos de educação continuada e formação da força de trabalho em saúde.

Apesar de não existirem documentos de referência a nível municipal, a Fundação Municipal de Saúde de Niterói organizou a área de recursos humanos, como já visto, numa Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos, composta por um Departamento de Educação Continuada, o que de certa forma atribui um valor impor-

tante ao desenvolvimento desses processos. Além disso, o município encontra-se em gestão semi-plena, o que pressupõe assumir os processos educacionais na rede de serviços de saúde.

Saindo do espaço limitado das esferas de poder constituído onde tais políticas são organizadas e gerenciadas, e entrando num campo mais macro de definição, onde a participação social ultrapassa os limites do poder público, encontramos as orientações emanadas das Conferências Nacionais de Recursos Humanos. O relatório final da segunda Conferência Nacional (1994:15/26) analisa a realidade dos trabalhadores do SUS de forma crítica, denunciando a "ausência de projetos de educação continuada e falta de decisão política para formulá-los e implementá-los, bem como a falta de aproveitamento do pessoal nas áreas para as quais foram treinados", e conclui propondo "a criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada e institucional".

É possível assim perceber que, do ponto de vista das formulações políticas em prol de programas de educação continuada, esses processos geram preocupações que motivam decisões em todas as esferas de governo, bem como em fóruns mais ampliados de definição. Contudo, ao nos determos nos conceitos e concepções traduzidos no olhar que os agentes do trabalho em nível local possuem desses programas, surge com forte evidência o quase completo desconhecimento por parte desses agentes dos processos de educação permanente. Em outras palavras, o discurso político não chega aos espaços de sua destinação, ainda que se tenha ampliado a participação da sociedade em seu debate.



Esse desconhecimento vai além das dificuldades em conceituá-lo, indo ao encontro de ausência de significados, ao "*nunca ouvi falar*" dos termos. Ora, se há diversos documentos propondo ações que envolvam a necessária formulação de programas de educação permanente e se, por sua vez, esses programas destinam-se fundamentalmente aos agentes enquanto clientela, como pensar a construção desses programas sem a participação efetiva dos atores que de fato vivenciam suas ações? Cria-se assim, uma falta de identidade dos agentes com o que se propõe, quase sempre gerando propostas de baixa eficácia, traduzidas muitas vezes nas falas de inadequação do aprendido com a realidade dos serviços.

Assim, vemos reforçado o distanciamento entre política e atores, ou melhor, entre formuladores e executores. Uma das resultantes desse quadro traduz-se num mecanismo de feed-back, em que a separação entre política e ator contribui para a própria imobilização deste, como se fosse inexorável a sua não participação nos fóruns de definição de políticas para o setor. Ao mesmo tempo, esse imobilismo reforça a distância entre o criar/definir e o executar/operar. É preciso lembrar que desconhecimento é componente dos mecanismos de alienação do trabalho, que por sua vez reforça as possibilidades do desconhecer.

Torna-se, assim, necessário romper com esse mecanismo de feed-back, que alimenta a precária qualificação técnica dos servidores públicos. A busca pelo consenso em torno de propostas de educação permanente passa necessariamente pelo estabelecimento de mecanismos mais afinados de ausculta de suas demandas e de socialização das discussões e formulações políticas. De

outra forma, como criar aderência dos agentes do trabalho a uma política que mesmo se destinando a eles, não consegue alcançá-los?

Com relação aos gestores, inseridos num lugar institucional privilegiado de formulação e definição de políticas, o cenário visto aproxima-se com o encontrado junto aos agentes do nível local. Aqui não há desconforto gerado pelo desconhecimento dos termos. Todavia há pouca visibilidade quanto ao real significado desses processos. O que é característico nesse olhar tem a ver com as dificuldades encontradas pelo grupo em conceituar tais programas. É claro que essa baixa visibilidade tem conseqüências nas possibilidades de o grupo ver legitimadas as políticas emanadas de suas definições por outros espaços intra-institucionais.

Essa baixa visibilidade vai reforçar, ainda que indiretamente, uma outra característica que o grupo tentou delimitar, e que de certa forma funciona como elemento estruturante da realidade dos projetos de educação para o trabalho: a distinção de continuada e permanente criando espaços diferenciados de práticas educativas.

Falar de práticas educativas enquanto um "fazer educativo" nos remete sempre a um espaço de mudanças, um sentido de transformação de uma situação atual para uma outra desejada. Contudo, apesar desse unânime consenso, a partir daqui, podem-se criar diferentes sentidos para os termos continuada e permanente. Para Roschke, Davini e Haddad (1993:473) apesar de pre-ocupações comuns, apresentam diferentes lógicas, sendo que a primeira "inclina-se a direcionar os serviços,

partindo de políticas centrais, em especial de cobertura" ao passo que a segunda "vincula-se a políticas de descentralização, baseia-se em proposta de desenvolvimento que partem das características e necessidades do processo de trabalho". Assim, concluem os autores, "a lógica que orienta a mudança no campo da educação mostra duas tendências inversas", a primeira apoiada num planejamento centralizado onde "atualização e melhora da competência técnica se articula com a carreira individual dos sujeitos", onde tudo se reduz a uma questão de método para assegurar a "eficiência do desempenho", e a segunda baseia-se nas "necessidades detectadas no próprio processo de trabalho à luz de contextos específicos", onde a mudança se dá a partir de um "processo crítico" que é parte do próprio trabalho.

Nesse sentido, encontramos documentos que falam de programas de educação continuada, mas que se referenciam metodologicamente aos pressupostos da educação permanente. Como um exemplo, podemos citar o documento do Ministério da Saúde (Desenvolvimento de Recursos Humanos para os Serviços Locais de Saúde, 1992:25), que propõe o "apoio ao desenvolvimento de programas de educação continuada para profissionais que atuam na prestação direta da assistência à população" e como sub-item à proposta, afirma que: "a integração ensino-serviço privilegia-se na medida em que toma como eixo pedagógico o processo de trabalho". Ora, se assumirmos que há uma discussão conceitual com relação a essas terminologias, e que, suas implicações para a prática residem na confrontação de padrões de desenvolvimento distintos, e que, por sua vez, os documentos públicos que norteiam tais programas usam suas termino-

logias de forma quase "aleatória", estamos gerando, no mínimo, um terreno de pouca clareza para os atores envolvidos na construção de estratégias operacionais para os referidos programas.

Dessa forma, ao cruzarmos desconhecimento por parte dos agentes do trabalho, com baixa visibilidade por parte dos gestores, estamos enfrentando uma situação de fragilidade no que se refere ao desenvolvimento de programas de educação permanente, que tenham como núcleo central de sua proposta a transformação do processo de trabalho, melhorando sua qualidade, grau de integração e nível de compromisso, a partir das próprias necessidades apontadas por esse processo.

Falar de um discurso político que não atinge seus atores, dizer das dificuldades encontradas em definir ou mesmo construir uma referência teórico-metodológica para programas de educação permanente num ambiente de aparente consenso político, implica, para sua reversão, o enfrentamento de complexas questões, e que de alguma forma estivemos discutindo ao longo dos dois últimos capítulos. Para Roschke, Davini e Haddad (1993:474) esse enfrentamento, "parte da revalorização da experiência e cultura dos trabalhadores, estimulando a produção de conhecimento em função dos problemas da prática". Assim, mais uma vez nos deparamos com o necessário enfrentamento de experiência e produção cultural. Para Chauí (1992), a cultura é posta pela divisão social do trabalho, do lado "improdutivo" da sociedade capitalista, de alguma forma assim, se deverá compensar essa "improdutividade", a partir do que a autora denomina de "instrumentalização da produção cultural". Há várias formas descritas por Chauí de instrumentalização

da cultura, porém nos deteremos particularmente em duas.

Uma primeira forma, consiste em convencer o indivíduo que ele está fadado à exclusão social, caso sua experiência "não for precedida de informações competentes que orientem sua ação, seus sentimentos, desejos e fins". Assim, a cultura transforma-se em guia prático de bem viver. Nesse sentido, há sempre um desejo por parte dos agentes por informações, normalmente traduzidas em falas como "*conhecimento nunca é demais*". A segunda forma consiste em "confundir conhecimento e pensamento", ressaltando-se que o conhecimento se move na região do instituído, o pensamento na do instituinte.

Ao falarmos de cultura, com referência ao que se cria em relação a sua instrumentalização nos espaços de gestão dos processos de educação permanente, pensamos que a instituição de saúde, enquanto instituição pedagógica, tende a reduzir a questão do saber à do conhecimento, pois sendo seu campo o saber instituído, nada mais fácil como adverte Chauí "do que dividi-lo, dosá-lo, distribuí-lo e quantificá-lo (p.60)." Dividir, dosar, distribuir e quantificar são termos que representam ações que se aproximam dos modelos verticais de proposições para processos educativos, quase sempre atrelados às estruturas de programas. Essa instrumentalização é em muito favorecida pela baixa visibilidade com referência às concepções e conceituações apresentadas pelo grupo gestor, principalmente frente aos espaços institucionais de gerência de programas de saúde.



Por outro lado, o desconhecimento por parte dos agentes, acaba por reforçar o "discurso da competência" emanado de instâncias mais centrais de definição política. Essa ausência gera dúvidas e inseguranças, legitimando a noção de competência atribuída ao profissional que ocupa espaços hierárquicos superiores na estrutura institucional. Essa legitimidade atribuída é bem resumida pelos dizeres de Chauí (1992:58): "não é qualquer um que pode dizer qualquer coisa a qualquer outro em qualquer lugar e sob qualquer circunstância". Da mesma forma, acaba-se por legitimar a construção de processos de educação permanente centralizados e verticais. Assim, como adverte Ribeiro & Motta (1996:43), "permanece uma contradição explícita entre a hegemonia dos programas de capacitação verticalizados e dirigidos a distintas categorias profissionais e as demandas dos processos de municipalização e descentralização e de ruptura dos programas verticalizados em direção à integralidade do cuidado". Contradição essa que certamente é reforçada pela resultante do cruzamento dessas duas formas hegemônicas de olhar e conceber os programas de educação permanente, onde o espaço visível atesta, ao mesmo tempo, a potência de descobrir e a impotência de realizar.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Os homens primeiramente sentem o necessário. Depois cuidam do útil. A seguir, do conveniente. Mais adiante, deleitam-se no prazer, dissolvendo-se no luxo. E, por fim, endoidecem ao dissiparem as coisas essenciais."

**Vico**

Falamos até aqui da percepção geral que se tem do trabalho em saúde, incluído aí a delimitação de seus objetivos. Percorremos ciclos históricos que ajudaram a compreender a conformação de um dado modelo de atenção à saúde e à especificidade de determinados tipos de consumo gerados enquanto necessidades por cuidados médicos.

Avaliamos as formas de percepção dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, e como essa percepção pode estar influenciando, delimitando ou corporificando uma dada proposta de educação permanente em saúde.

A partir do cotidiano dos serviços de saúde, procuramos compreender como se constroem os problemas do trabalho. Quais são os elementos que propiciam sua visualização por parte dos agentes do trabalho. Ao mesmo tempo, tentamos entender as estratégias operadas por esses agentes no sentido de seu enfrentamento, incluído aí o espaço das propostas educativas.

O surgimento das demandas educativas e sua construção enquanto um projeto ou proposta à luz dos problemas do trabalho, e sua conseqüente relação com a interpretação desses problemas por parte dos gestores e dos agentes do trabalho são visualizados numa perspectiva de adequação ou não às reais necessidades sociais de saúde.

O valor do trabalho, bem como o valor dos processos educativos são construídos com referência a olhares que convergem no sentido do "integrar" e do "conhecer", determinando possibilidades ou obstáculos nos caminhos dos processos de educação permanente em sistemas locais de saúde.

Percorrendo diferentes documentos que conformam um aparente consenso político com referência às propostas de educação permanente e, relacionando-os com as diferentes concepções e compreensões desses processos, construídos a partir do olhar dos agentes cruzado ao olhar dos gestores, definimos/descobrimos a impotência do construir, num campo ainda coberto de incertezas e angústias.

Seguimos por esses caminhos, senão na perspectiva de respostas, pelo menos na tentativa de compreender quais os aspectos importantes que fazem uma dada opção política aparentemente consensual, enfrentar dificuldades de construção e operacionalização, mesmo em níveis de gestão semi-plena. Tentamos avaliar elementos obstaculizadores a projetos de educação permanente, a partir da percepção dada pelas falas do grupo gestor da área de desenvolvimento de recursos humanos e

dos agentes do trabalho inseridos em unidades básicas de saúde.

Nossa motivação teve origem numa proposta vivenciada na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), onde a partir de alguns obstáculos com os quais nos deparamos em sua construção e operacionalização, iniciamos uma série de reflexões teóricas que nos levaram à necessidade de compreender melhor quais os limites e dificuldades historicamente construídos, que funcionavam como mecanismos dificultadores de projetos educacionais aparentemente consensuais.

A partir de uma reflexão teórica tendo como contexto a crise de paradigmas, transitamos por aportes que sustentam uma discussão das bases do fenômeno educativo, inseridos no olhar sobre os processos de educação continuada e permanente, ancorados pela organização do trabalho e os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde.

Optamos pelo método qualitativo como sendo capaz de dar voz aos sujeitos que materializam os processos educativos nos serviços de saúde, onde a fala do caminho percorrido, junto ao desejo do que se quer propiciou a fala de chegada e, desse lugar, o retorno ao espaço de partida.

Assim, através das entrevistas semi-estruturadas e do grupo focal, procuramos contruir as categorias, na medida em que não se encontravam cristalizadas para uma análise, e sim diluídas nas percepções do cotidiano do trabalho na unidade, das diferentes concepções e conceitos de educação permanente e conti-

nuada e na relação estabelecida entre os diferentes níveis operacionais da Fundação Municipal de Saúde.

A caracterização do trabalho em saúde desenvolvido em unidades básicas tal como desenhado por seus agentes, aproximou-se do desenho historicamente construído para atenção primária. Aqui, houve uma preocupação de valorizar as atividades de prevenção e promoção a saúde, atrelados a ações visualizadas por um forte sentido educativo. A importância desse trabalho foi relacionada à possibilidade de torná-lo eixo integrador, quer na constituição de equipes interdisciplinares, quer no sentido de reforçar vínculos com a população usuária dos serviços.

A percepção dos elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde conformou um objeto de caráter coletivo indo ao encontro do proposto pela saúde pública, ao passo que os meios, enquanto tecnologias materiais, circunscreveram um consumo tecnológico que se adequa ao perfil de trabalho desenhado para unidades básicas de saúde.

As tecnologias não materiais referenciadas nos diversos saberes acionados para intervir sobre o objeto do trabalho em saúde foram consideradas no dia a dia a partir de uma hierarquia de conhecimentos, distinguindo o científico e técnico dos outros. Dessa forma, ao mesmo tempo em que reafirmaram a hegemonia da racionalidade cognitivo-instrumental, negaram o desenho de objeto construído com referência à visão do trabalho em unidades básicas de saúde. Assim, criou-se um quadro contraditório onde a referência maior para aprendizagem vem ligada a saberes vinculados aos modelos clínicos de



prestação de serviços, ao passo que o objeto do trabalho em saúde é visto como um corpo social, historicamente construído.

O conhecimento enquanto valor para o desenvolvimento do trabalho foi sempre afirmado, ainda que sua manifestação muitas vezes apareça deslocada, numa direção que responda mais por anseios individuais do que a necessidades referidas ao processo de trabalho. Sua busca também foi valorizada como razão para o envolvimento dos agentes do trabalho aos processos educativos propostos, ainda que essa procura, muitas vezes, não se relacione a saberes acionados para o desenvolvimento das ações de saúde.

A ausência de conhecimentos ou a necessidade de obtê-los foi raramente apontada como um problema do trabalho que usualmente foram visualizados e compreendidos a partir de elementos exteriores ao sujeito. Dessa forma, configurou-se um quadro de exterioridade dos agentes com referência à problematização do seu trabalho. O indivíduo não se vê como possibilidade de ser parte ativa na construção dos problemas vivenciados no cotidiano das unidades. Portanto, já que os problemas são exteriores ao agente, as formas de enfrentamento são individualizadas, raramente coletivas e pouco institucionalizadas.

Essa exteriorização acabou por reforçar a visão do trabalho visto como coisa, objeto ou função, predispondo a um processo de rotinização das ações de saúde o que, em alguma medida, tende a levar a desmobilização dos agentes para questões que poderiam requerer

um maior envolvimento com o trabalho, num processo que poderíamos chamar de “(des) sociabilidade ao trabalho.”

Como consequência desse modelo, há um reforço a práticas educativas centralizadas, normalmente referidas aos níveis centrais de decisão. Assim, as necessidades por treinamento aparecem quase sempre vinculadas aos projetos de gerência, quer a nível central, quer dos gestores de nível local. Nesse quadro, também não é raro que as propostas educativas se relacionem a projetos construídos em instâncias distantes do município.

Organizados a partir de uma instituição pedagógica de educação não formal, os processos educativos demandados enquanto projetos de educação continuada, surgem a partir de diferentes vetores que conformam um espaço institucional na maioria das vezes imerso em conflitos.

À criação de um *habitus* institucional compreendido como uma “cultura institucional” perpassa um modelo híbrido de organização do trabalho, que se constrói ainda fortemente organizado a partir de características fordista/tayloristas, mas que já aponta alguns elementos dos chamados processos de “flexibilização produtiva”.

A forte hierarquização na organização do trabalho reforça no interior da instituição, o chamado “discurso competente”, que legitima a fala de alguns, deslegitimando a fala de outros. Esse mesmo discurso, ajuda a criar e reforçar a idéia de que há algo desejável para todos, legitimando a um só tempo as idéias e

os espaços de sua origem. Estrutura-se, assim, um espaço em que as necessidades se sobrepõem ao indivíduo, naturalizando as demandas. Dessa forma, ao mesmo tempo que há algum nível de crítica ao que é ofertado enquanto demanda, há certeza de que o lugar ocupado pelos agentes não se constitui no espaço de construção dos processos educativos. Como resultante final, encontramos os agentes reduzidos de sua condição de sujeitos à de objetos sócio-econômicos, manipuláveis politicamente e pelas estruturas da organização burocrático-administrativa.

Esse quadro, que mais uma vez reforça práticas educativas centralizadas, revela um incômodo que perpassou por quase toda a investigação: o descompasso entre o aprendido a partir dos treinamentos e capacitações ofertados, e a dinâmica dos serviços cosubstanciadas em suas práticas de saúde.

Os conflitos observados no interior da instituição e que são substância da vida cotidiana podem ser vistos a partir de dois ângulos: um primeiro que denominamos ético faz referência à validade ou não de determinadas normas, onde os atores da investigação mostraram uma certa tendência a seu tamponamento; um segundo, político, envolve as lutas por poder. Nesse caso, o estudo mostra a área de desenvolvimento de recursos humanos lutando por espaços institucionais de legitimação de suas funções, sendo muitas vezes desqualificada em suas atribuições tanto por outras esferas de nível central, bem como pelas próprias estruturas do nível local. Sendo assim, é preciso ter clareza do papel e da importância da área de recursos humanos como espaço de gerência dos processos educativos ofertados à

rede de serviços de saúde. O setor saúde tem que incorporar, além do discurso, uma prática que indique a importância da área, configurando-a em verdadeiro espaço técnico, metodológico e político.

Dentro desse cenário os conflitos muitas vezes aparecem em forma de discursos ou desejos contraditórios. Assim, ao mesmo tempo que os agentes desejam novas opções de treinamento, não se percebem como sujeitos na construção dessas demandas. Da mesma forma que esperam propostas, rejeitam a área de desenvolvimento como espaço legítimo de gerência dessas demandas. Por sua vez, os gestores da área vivem a contradição entre o que é desenhado como modelo de assistência do que é cobrado enquanto produção e consumo. Reconhecem a importância de mecanismos que aproximem as estruturas centrais das realidades locais, mas tendem a culpabilizar os agentes pelas poucas mudanças nas práticas de saúde a partir dos treinamentos ofertados.

Também encontramos os agentes refletindo com fluidez sobre a relação que estabelecem com os usuários, porém apresentando dificuldades de pensar as relações no âmbito interno aos profissionais. Essa tendência se tornava mais forte na medida em que eram chamados a opinar sobre os processos educativos operados pela unidade. Assim, educação, programas ou projetos educativos eram sempre relacionados às possibilidades dadas pela relação profissional-usuário. A fala que relacionava esses processos entre os profissionais era traduzida para treinamento ou capacitação, como se essas palavras não contivessem um sentido educativo ou no mínimo informativo em seu significado.

Perplexidade foi encontrada quando agentes e gestores foram chamados a falar de suas concepções a cerca de um projeto ou programa de educação continuada e/ou permanente. Os agentes pareciam seres desprovidos de suas falas, procurando em algum lugar o sentido dessas palavras. Em alguns momentos, construíram uma diferenciação entre os termos baseada no sentido semântico contido nas palavras. Noutros momentos, limitavam-se a tentar construir apenas um único conceito, sempre estruturado a partir do significado da palavra. No grupo gestor, o desconforto é substituído pela ansiedade dos que buscam com dificuldade a coerência entre teoria e prática. Nessa busca do sentido correto, constroem um emaranhado de conceitos, que quase sempre busca distinguir continuada e permanente, construindo suas diferenças no interior de uma divisão marcadamente ideológica.

Como consequência, há baixa visibilidade quanto às reais necessidades ou possibilidades dos processos de educação permanente estarem a um só tempo produzindo uma constante circularidade de conhecimentos e interferindo nas práticas de saúde a partir do processo de trabalho, facilitando, assim, a reorganização de modelos assistenciais. O quadro se torna mais confuso, quando o consenso dado pelos diversos documentos oficiais que se manifestam quanto à necessária construção por parte dos serviços de saúde de projetos desta natureza (que tenham como eixo estratégico o processo de trabalho em saúde) não se referem à possível distinção entre os termos continuada e permanente mencionada pelos agentes e gestores. A resultante pode ser a transformação do que é consensual em dissenso, dando



margem em qualquer nível do sistema, a tantas interpretações quanto forem as necessidades dos gestores.

Assim, construímos uma história cruzada de desejos e incertezas. Vislumbramos um cenário onde apesar dos propalados projetos de modernidade ou pós-modernidade, cultura ainda é transformada em guia prático de bem viver. A instituição ao mesmo tempo em que busca na flexibilização produtiva seus espaços de modernidade, mantém uma estrutura burocrático-organizacional que sequestra a identidade pessoal, diminuiu em todos a realidade, o ser, a capacidade interna de agir.

Estamos falando de um projeto que tem sua centralidade no processo de trabalho em saúde. Com isso, mexe com percepções e representações que o indivíduo constroí sobre o corpo, e que de forma indireta reflete o olhar sobre as relações sociais e o mundo. Falamos de um projeto que vai de encontro a pensamentos originados na estrutura do cotidiano, gerando muitas vezes preconceitos, espelhando contradições individuais e coletivas, refletindo a vontade e o imobilismo, o moldar e o rebelar, a possibilidade e a impossibilidade.

Falamos de um projeto que se vê obstaculizado por um consenso que não chega nos atores operacionais de suas propostas, de uma cultura institucional que tende a centralizar pessoas e idéias, criando no centro o espaço das idéias e na periferia o espaço da execução. De uma instituição fortemente hierarquizada e de um indivíduo passivo e acomodado frente à realidade do seu trabalho.

Transpor obstáculos aqui significa começar a desconstruir processos históricos que conformaram um dado perfil institucional, uma dada postura política, um dado padrão cultural. Nesse sentido, novos estudos, em forma de representações sociais, que aprofundem a percepção de gestores e agentes sobre os elementos constitutivos do processo de trabalho em saúde, ajudarão a compreender os elementos de sua construção, além de poderem apontar um claro caminho de desconstrução.

Também, ao nos referenciarmos a um processo educacional que possui sua centralidade na categoria trabalho, estamos falando de uma categoria que vem sendo questionada por diversos autores no sentido de sua representação como eixo estruturante das relações sociais. Assim, estudos que reflitam esse novo lugar não central do processo de trabalho no cotidiano das relações poderiam descortinar alguns mecanismos já apontados por nosso estudo com referência à pouca problematização por parte dos agentes do cotidiano de seus trabalhos.

Por outro lado, processo de trabalho nos remete ao mundo do trabalho e suas formas de organização. Apontamos em nosso estudo uma forma híbrida na organização do trabalho em saúde. Contudo, teria grande importância para as estratégias a serem formuladas em direção à construção de projetos de educação permanente estudos que apontassem como os processos de flexibilização produtiva vêm interferindo junto ao processo de trabalho em saúde, considerando inclusive as especificidades desse processo.

Por fim, se faz necessário compreender à luz dos processos de mundialização da cultura os mecanismos com as quais ideologicamente se constroem um espaço de trabalho com pouca contestação e muita linearidade, se aproximando de rotinização e acomodação. Com isso, talvez pudéssemos evitar o alerta dado por Artaud (1984:77) há quase cinquenta anos: "uma espécie de terror nos assalta quando vemos esses seres mecanizados, aos quais nem as alegrias nem as dores parecem pertencer, mas nos quais tudo parece obedecer a ritos comprovados e como que ditados por inteligências superiores.", aproximando-nos das palavras de Furter (1972:94), "a esperança é pois garantia do possível. Viver é possível com a condição de que o homem aceite o risco de comprometer-se e de olhar sempre a frente de maneira que sempre sobreponha, e nunca se limite ao momento presente e suas satisfações."

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, T.W. *Educação e Emancipação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 190p.
- ALVES, R. *Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e suas regras*. 20ªed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 209p.
- ARRUDA, M. A Articulação Trabalho-Educação Visando uma Democracia Integral. In ARROYO, M., ARRUDA, M., FROGOTTO, G., GOMEZ MINAYO, C., NOSELLA, P. *Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. p.61-74.
- ARTAUD, A. *O Teatro e seu Duplo*. São Paulo: Editora Max Limonad, 1984. 226p.
- BALL, S.J. *Foucault y la Educación: disciplinas y saber*. Madrid: Morata, cap.5, p.81-106, 1993.
- BARQUERA, H. Las Principales Propuestas Pedagogicas en America Latina. In \_\_\_\_ *Investigación y evaluación de experiencias de innovación en educación de adultos*. Cidade do Mexico: Centro de Estudios Educativos, 1982, p.13-49
- BORDIEU, P. PASSERON, J.C. *A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. 238p.

BOYER, R. Flexibilidades del Trabajo: formas contrastadas, efectos mal conocidos. *Trabajo y Sociedad*, vol.12, nº1, p.123-149, 1987.

BRANDÃO, Z. *A crise de paradigmas e os desafios à formação profissional em campos multidisciplinares*. Rio de Janeiro: Mimeo, 1993. 9p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Desenvolvimento de recursos humanos para os serviços locais de saúde*. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1992. 30p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A Questão dos Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde(1941-1992)*. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1993. 213p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Sistema Único de Saúde, 1993. 67p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde: relatório final*. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1994. 59p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para a ação do Ministério da saúde*. Brasília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1995. 33p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Agenda de Prioridades para a Política de Recursos Humanos na Gestão do SUS*. Bra-



sília: Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos humanos para o SUS, 1996. 7p.

CARDOSO DE MELO, J.A. *Educação e Práticas Educativas*. Rio de Janeiro: Mimeo, 1991. 15p.

CARDOSO DE MELO, J.A., SCHRAMM, F.R. Educação: razão e paixão In CARDOSO DE MELO, J.A.(org.) *Educação: razão e paixão*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1993. p.19-26.

CAPRA, F. O Modelo Biomédico. In \_\_\_\_ *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1982. p.116-155.

CECILIO, L.C.O. *Modelo Tecno-Assistenciais em Saúde: da pirâmide no circulo, um redesenho necessário*. Campinas, Mimeo. 14p.

CHAUI, M. Cultura e Democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Editora Moderna, 1981. 220p.

CHAUI, M. O que é ser educador hoje? Da arte à ciência: a morte do educador. In BRANDÃO, C.R. (org.) *O educador: vida e morte*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p.51-70.

CORVINO, M.P.F. *A Educação Continuada de Médicos nos Serviços Públicos de Atenção Primária à Saúde*. São Paulo, 1991. 207p. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CORVINO, M.P.F. *Desenvolvimento Profissional no Sistema de Saúde: re/velando processos de educação e trabalho*. São Paulo, 1996. 189p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

- CURY, C.R.J. *Educação e Contradição*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. 134p.
- DA PALMA, J.J.L., PEDUZZI, M. A Equipe de Saúde. In MENDES-GONÇALVES R. B., NEMES, M.I.B., SCHRAIBER, L. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.234-250.
- DAVINI, M.C. Bases metodologicas para promover el aprendizaje en el trabajo, en procesos educativos permanentes. In Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Americas. *Serie desarrollo de recursos humanos* n°83, p.33-56, 1992.
- DAVINI, M.C. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In Educación Permanente de Personal de Salud. *Serie desarrollo de recursos humanos* n °100, p.109-126, 1994.
- DAVINI, M.C. Educación Permanente en Salud. *Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud*, n °38, 1995. 119p.
- DELUIZ, N. *Formação do Trabalhador: produtividade e cidadania*. Rio de Janeiro: Shape, 1994. 212p.
- DEMO, P. *Metodologia Cientifica em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas, 1987. 255p.
- DO CARMO, P.S. *A Ideologia do Trabalho*. 3ª ed. São Paulo; Editora Moderna, 1992. 88p.
- DONNÂNGELO, M.C.F., PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas.Cidades, 1976, 124p.

FERREIRA, AURÉLIO B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975, p.374, 1081.

FREIRE, P. *Extensão ou Comunicação?* 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977. 93p.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 277p.

FRIGOTTO, G. Trabalho, Conhecimento, Consciência e a Educação dos Trabalhadores. In ARROYO, M., ARRUDA, M., FRIGOTTO, G.,

GOMEZ MINAYO, C., NOSELLA, P. (orgs.) *Trabalho e Conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. p.13-26.

FURTER, P. *Educación e vida: una contribución a la definición de la educación permanente*. Madrid: Morata, cap.5, p.109-125.

FURTER, P. *Educação Permanente e Desenvolvimento Cultural*. Petrópolis: Vozes, 1974, cap.4, p.111-159.

GADOTTI, M. *Educação e Poder: introdução à pedagogia do conflito*. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 1991. 143p.

GIROUX, H. Ideologia Cultura e Escolarização. In \_\_\_\_ *Teoria Crítica e Resistência em Educação*. Petrópolis: Vozes, 1986. p.160-220.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In Minayo, M.C.S. (org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.67-80.

GOMEZ MINAYO, C. Processo de Trabalho e Processo de Conhecimento. In ARROYO, M., ARRUDA, M., FROGOTTO, G., GOMEZ MINAYO, C., NOSELLA, P. *Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. p.43-59.

GRAMSCI, A. A Organização da Cultura. In \_\_\_\_ *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985. p.115-158.

HELLER, A. *O Cotidiano e a História*. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992. 121p.

HUHNE, L.M. *Metodologia Científica*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Agir, 1987. p.25-41.

IANNI, O. O Mundo do Trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, v.8(1), p.2-12, janeiro/março 1994.

L'ABBATE, S. Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva. In CANESQUI, A.M. *Dilemas e desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1995. p.151-161.

LUCKESI, C. et al. O Conhecimento como Compreensão do Mundo e como Fundamentação da Ação. In \_\_\_\_ *Fazer Universidade: uma proposta metodológica*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1985. p. 47-61.

LUCKESI, C.C. O Conhecimento: elucidações conceituais e procedimentos metodológicos. In \_\_\_\_ *Filosofia da Educação*. São Paulo: Cortez, 1986. p.121-133.

LUZ, M.T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da década de 80. In GUIMARÃES, R.,

TAVARES, R. *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p.131-152, 1994.

MATTOSO, J. *A Desordem do Trabalho*. São Paulo: Página Amarela, 1995. 210p.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*. São Paulo, 1979, 209p. Tese( Mestrado em medicina Preventiva e Social)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Práticas de Saúde: processo de trabalho e necessidades*. Cadernos Cefor, Serie textos n °1, 1992. 53p.

MENDES-GONÇALVES, R.B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994. 278p.

MENDES-GONÇALVES, R.B., SCHRAIBER, L. *Necessidades de Saúde e Atenção Primária*. In MENDES\_GONÇALVES R.B., NEMES, M.I.B., SCHRAIBER, L. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.29-47.

MERHY, E.E. *A rede básica como eixo do modelo técnico-assistencial do SUS*. Cadernos Cefor. Série Textos n.º5, p.7-29, 1992.

MICHELAT, G. *Sobre a utilização da entrevista não diretiva em sociologia*. In THIOLLENT, M.(Org.) *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 3ª ed. Rio de Janeiro; Polis, p.191-211, 1975.



- MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde* .3ªed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994a. 269p.
- MINAYO, M.C.S. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da pesquisa social. In MINAYO, M.C.S. (org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994b. P.9-30.
- NEMES FILHO, A. A Unidades Básica e o Sistema de Saúde. In: MENDES-GONÇALVES, R.B., NEMES, M.I.B., SCHRAIBER, L. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.276-285.
- NETO, O.C. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In MINAYO, M.C.S. (org.) *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.
- NITERÓI (Município), Prefeitura de Niterói. *Niterói Informações Básicas 1994*. Niterói: Consultoria Especial de Ciência e Tecnologia, 1994.118p.
- NITERÓI (Município), Fundação Municipal de Saúde. *Revista da Saúde*. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1995.40p.
- NUNES, T.C.M. Educação Continuada: Uma Proposta Para a Área de Epidemiologia no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, p.45-54, Mar/Abr, 1993.
- OFFE, C. Trabalho: a categoria chave da sociologia? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 4(10), p.5-19, 1989.

OFFE, C. *Capitalismo Desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 322p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Proyecto Regional de Educación Permanente en Salud*. Washington, 1990. 41p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Regulação do trabalho em Saúde. Serie Desenvolvimento de Recursos Humanos nº6* Brasília, 1994 87p.

PAIM, J.S. *Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: Ad.Saúde-Série Temáticas, 1994. 80p.

PAIM, J. S. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In MENDES, E. V.(org.), *Distrito Sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1993. p.187-220.

PAIM, J. S., NUNES, T.C.M. Contribuições Para um Programa de Educação Continuada em Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), p.202-269, jul/set. 1992.

PAÍN, A. *Educación Informal:el potencial educativo de las situaciones cotidianas*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1992. cap. 5, p.121-150.

PAIVA, V. Anos 90: as novas tarefas da educação dos adultos na América Latina. *Cadernos de Pesquisa São Paulo*, nº89, p.29-38, maio 1994.

POULANTZAS, N. *O Estado, o Poder, o Socialismo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p.152.

QUINÓNEZ, J., RODAS, I. Capacitación de los responsables del processo educativo. In Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. *Serie desarrollo de recursos humanos* n°83, fascículo IV, 1992 85p.

QUINTANA, P.B., ROSCHKE, M.A.C., RIBEIRO, E.C.O. Educación Permanente, Processo de Trabajo y Calidad de Servicio en Salud. In Educación Permanente de Personal de Salud. *Serie desarrollo de recursos humanos* n°100, p.33-61, 1994.

RIBEIRO, E.C.O., MOTTA, J.I.J. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. *Divulgação em Saúde Para Debate*, n.12, p.39-44, julho/1996.

RICAS, J. *A Deficiência e a Necessidade: Um Estudo Sobre a Formação Continuada de Pediatras em Minas Gerais*. Belo Horizonte, 1994. 232p. Tese (Doutorado em Pediatria) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

RIO DE JANEIRO (Estado), Secretaria de Estado de Saúde. *Manual de Serviço*. Rio de Janeiro: Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos: 1995. 15p.

RIO DE JANEIRO (Estado), Secretaria de Estado de Saúde. *Proposta de Plano Quadrienal de Trabalho, 1995-1998*. Rio de Janeiro: Subsecretaria Adjunta de Recursos Humanos, 1995. 4p.

RODRIGO ALVAREZ, F., ARMANDO CAMPOS, S. Educación Permanente en Salud. Problemas y Proyecciones. *Educación Médica y Salud*, v.23, p.275-281, 1989.

ROSCHKE, M.A.C., CASAS, M.E. Contribución a la Formulación de un Marco Conceptual de Educación Continua en Salud. *Educación Médica y Salud*, v.21, nº1, p.1-27, 1987.

ROSCHKE, M.A.C., DAVINI, M.C., HADDAD, J. Educacion Permanente y Trabajo en Salud: Un Processo en Construccion. *Educacion Médica y Salud*, v.27, p.466-488, 1993.

ROVERE, M.R. El Campo de Recursos Humanos. In Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. *Serie desarrollo de recursos humanos* nº96, p.33-59, 1993a.

ROVERE, M.R. Construyendo Metodologías Abiertas. In Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. *Serie desarrollo de recursos humanos* nº96, p.61-126, 1993b.

ROVERE, M.R. Gestion de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estrategica. In *Educación Medica y salud*, v.27, p.489-515, 1993c.

ROVERE, M.R. Gestion Estrategica de la Educación Permanente en Salud. In *Educación Permanente de Personal de Salud. Serie desarrollo de recursos humanos* nº 100, p.63-106, 1994.

SANTOS, B.S. *Pela Mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995. 348p.

SANTOS, B.S. *Oração de Sapiência: um discurso sobre as ciências*. 8ªed. Porto: Afrontamento, 1996. 58p.

ROSCHKE, M.A.C., CASAS, M.E. Contribución a la Formulación de un Marco Conceptual de Educación Continua en Salud. *Educación Médica y Salud*, v.21, nº1, p.1-27, 1987.

ROSCHKE, M.A.C., DÁVINI, M.C., HADDAD, J. Educacion Permanente y Trabajo en Salud: Un Processo en Construcción. *Educacion Médica y Salud*, v.27, p.466-488, 1993.

ROVERE, M.R. El Campo de Recursos Humanos. In Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. *Serie desarrollo de recursos humanos* nº96, p.33-59, 1993a.

ROVERE, M.R. Construyendo Metodologías Abiertas. In Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. *Serie desarrollo de recursos humanos* nº96, p.61-126, 1993b.

ROVERE, M.R. Gestion de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica. In *Educación Médica y salud*, v.27, p.489-515, 1993c.

ROVERE, M.R. Gestion Estratégica de la Educación Permanente en Salud. In *Educación Permanente de Personal de Salud. Serie desarrollo de recursos humanos* nº 100, p.63-106, 1994.

SANTOS, B.S. *Pela Mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez, 1995. 348p.

SANTOS, B.S. *Oração de Sapiência: um discurso sobre as ciências*. 8ªed. Porto: Afrontamento, 1996. 58p.



SAVIANI, D. As teorias da Educação e o Problema da Marginalidade. In \_\_\_\_\_. *Escola e Democracia* 14<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez, 1986. p.7-39.

SAVIANI, D. Sobre a natureza e a especificidade da educação. In \_\_\_\_\_. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. São Paulo: Cortez, 1991. p.19-30.

SCHON, D. *La Formación de Profesionales Reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós/MEC, 1992. cap.1-2, p.16-49.

SCHRAIBER, L.B. Ética e Subjetividade no Trabalho em Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, nº12, p.45-50, julho 1996.

SENGE, P.M. *La Quinta Disciplina: cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente*. Barcelona: Granica, 1992. cap.10, p.222-259.

SNYDERS, G. As pedagogias não diretivas. In SNYDERS, G. et al. *Correntes Actuais da Pedagogia*. Lisboa: Horizonte, p.15-38, 1984.

TAMARIT, J. *Educar al Soberano: crítica al iluminismo pedagógico de ayer y de hoy*. Buenos Aires: Miño y Dávila, 1994. cap.1,2,3, p.15-85.

TRIVIÑOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

WESTPHAL, M.F. Usos de Métodos Qualitativos no Estudo de Movimentos Sociais. In ADORNO, R.C.F., CASTRO SÁ, E. N., SPINOLA, A. W. P., WESTPHAL, M.F., ZIONI,

F.(orgs.) *Pesquisa Social em Saúde*. São Paulo: Cortez, 1991. p.117-124.

## **ANEXO A**

### Características Gerais dos Entrevistados

#### ENTREVISTA 1

- Psicóloga, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 10 anos, e na unidade pesquisada a dois anos e meio.

#### ENTREVISTA 2

- Auxiliar de Enfermagem, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 15 anos, e na unidade pesquisada também a 15 anos.

#### ENTREVISTA 3

- Enfermeira, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 09 anos, e na unidade pesquisada a um ano e meio.

#### ENTREVISTA 4

- Assistente Social, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 14 anos, e na unidade pesquisada a quatro anos.

#### ENTREVISTA 5

- Técnica de Higiene Dental, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 06 anos, e na unidade pesquisada a três anos.

#### ENTREVISTA 6

- Assistente Social, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 23 anos, e na unidade pesquisada a nove anos.

## ENTREVISTA 7

- Auxiliar de Enfermagem, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 09 anos, e na unidade pesquisada a nove anos.

## ENTREVISTA 8

- Técnico de Higiene Dental, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 02 anos, e na unidade pesquisada a três meses.

## ENTREVISTA 9

- Enfermeira, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 07 anos, e na unidade pesquisada a quatro anos.

## ENTREVISTA 10

- Odontóloga, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 02 anos, e na unidade pesquisada a nove meses.

## ENTREVISTA 11

- Médico, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 24 anos, e na unidade pesquisada a nove anos.

## ENTREVISTA 12

- Fonoaudióloga, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 02 anos, e na unidade pesquisada a dois anos.

## ENTREVISTA 13

- Médico, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 10 anos, e na unidade pesquisada a dois anos.

## ENTREVISTA 14

- Odontólogo, sexo masculino, trabalhando no serviço público a 04 anos, e na unidade pesquisada a quatro anos.

## ENTREVISTA 15

- Técnica de Higiene Dental, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 04 anos, e na unidade pesquisada a quatro anos.

## ENTREVISTA 16

- Médico, sexo feminino, trabalhando no serviço público a 10 anos, e na unidade pesquisada a seis anos.

## ENTREVISTA 17

- Auxiliar de Enfermagem, sexo masculino, trabalhando no serviço público a 11 anos, e na unidade pesquisada a dez anos.



- 6) Dentro de tudo o que foi conversado, qual seria a importância do seu trabalho no conjunto dos trabalhos da unidade?
- 7) Como você identifica e de que forma são resolvidos os problemas oriundos do seu trabalho?
- 8) Como usualmente surgem as necessidades por atividades educativas, e de que forma elas são direcionadas a vocês enquanto funcionários da unidade?
- 9) Como os problemas oriundos do trabalho podem ou são transformados em programas educativos em sua unidade?
- 10) Na sua opinião, o que te mobiliza ou mobilizaria a participar de alguma atividades educativa em sua unidade?
- 11) Usualmente você participa da definição das demandas educativas de sua unidade? Caso afirmativo de que forma? Caso contrário porque não?
- 12) Qual a relação existente entre as propostas educativas originadas a nível central, e os problemas do seu trabalho?
- 13) O que é para você um programa de educação permanente/continuada em serviços de saúde?